

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*610.5* **Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

*A508* **Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES**

*P3* **Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020**

**Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)**

**Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00**

**OL. L**

**Outubro de 1945**

**N. 4**

## Sumário:

	Pág.
<b>Possíveis relações etiológicas entre a otosclerose e a moléstia de Nicolas-Favre.</b>	
— Dr. BENEDICTUS MÁRIO MOURÃO.....	305
<b>Tratamento da osteomielite aguda hematogênica.</b> — Prof. MÁRIO DE ABREU.....	309
<b>Produção médica de São Paulo:</b>	
Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo	345
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	349
Neuropsiquiatria.....	355
Cirurgia.....	366
Pediatria.....	376
Radiologia e Eletricidade Médica.....	383
Urologia.....	385
Sociedade Médica São Lucas.....	389
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	390
Sociedade de Gastro-enterologia e Nutrição	395
Outras sociedades.....	396
<b>Imprensa Médica de São Paulo.....</b>	<b>399</b>
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Hospital da Cruz Azul.....	401
Universidade de São Paulo.....	401
Conselho Nacional de Oftalmologia.....	401
Neurologia.....	402
<b>Literatura Médica.....</b>	<b>405</b>

# *Triod Zambelletti*

**Preparado organico tri-iodo-azotado**

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

**INDICAÇÃO:** Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções paralueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069  
SÃO PAULO**

**Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica**

## **GENCITROPINA LABOTHERPE**

*Formula:*

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	gastro-refrataria	

**INDICAÇÕES:** Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.  
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

o  
e  
s  
s  
s  
s





# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5,00

**Vol. L**

**Outubro de 1945**

**N. 4**

## Possíveis relações etiológicas entre a oto-esclerose é a moléstia de Nicolas-Favre \*

**Dr. Benedictus Mario Mourão**

*Médico em Poços de Caldas*

Não padece da menor dúvida que a moléstia de Nicolas-Favre ou linfogranuloma venéreo, com as atuais aquisições sobre a sua étio-patogênia, em que pese as recentes opiniões de clínicos, imunologistas e virologistas, se trate de uma doença sistêmica, colocando-se, assim, entre as doenças venéreas, levando-se em conta a disseminação do vírus no organismo, ao lado da sífilis. E, talvez, se torne, em futuro bem próximo, um problema de venerologia tão importante quanto o da sífilis, dado o extraordinário progresso, que vem se processando, nestes dois últimos anos, na terapêutica de tal infecção.

No nosso serviço clínico, privado e hospitalar, e na maioria dos ambulatórios de venerologia de S. Paulo, conforme nos foi dado observar e pelas informações colhidas entre seus médicos, os casos novos de linfogranuloma venéreo tem aumentado sempre em progressão contínua, sendo o seu índice de frequência, em alguns serviços, pouco inferior aos casos de lues recente.

A moléstia de Nicolas-Favre e a sífilis se difundem, ambas, por via linfática e sanguínea. Entretanto, enquanto para a primeira os doentes tem tido, até agora, alta em "cura clínica aparente" e não existe qualquer teste de laboratório que prove o desaparecimento de vírus ativo no organismo, na sífilis existem tratamentos que curam a infecção e reações sorológicas que parecem provar a cura clínica. Relativamente á lues, atravessamos uma fase pela qual retornamos áquela sonhada por ERLICH, da "therapia sterilisans magna", da possibilidade de um combate

\* Comunicação feita à Sociedade Médica São Lucas em 31-7-1945.

rápido da treponemíase, destituído ou quase destituído de toxicidade, seja com o uso exclusivo da penicilina ou desta associada a outros medicamentos. Logo que estes novos processos terapêuticos da sífilis estejam bem estudados, esclarecida a posologia, de acordo com os casos e fases clínicas, uniformizados e suficientemente divulgados, evidente será que o seu combate se tornará muito mais fácil, rápido e eficiente. Os 30 anos dos arsenicais tri e penta-valentes associados ao mercúrio e bismuto, nos vários esquemas e modalidades de tratamento, sempre modificados e nunca definitivos, provaram que a cura da sífilis era realizável, diminuindo a sua incidência, mormente de casos graves. Porém, a sua erradicação não foi possível, pela demora do tratamento, constantes interrupções, acidentes tóxicos frequentes e outras causas que não valem a pena referir neste breve esboço. Quem sabe se, dentro de poucos anos, neste glorioso século de descobertas médicas, não será a erradicação da sífilis a sua mais importante conquista?

As três outras doenças venéreas — gonococcia, cancro mole e granuloma venéreo — raramente difundem-se pelo organismo, salvo a primeira; todas possuem métodos simples de diagnóstico bacterioscópico e testes de cura de laboratório; as três, também, são facilmente curáveis pela quimioterapia, sendo o granuloma venéreo a mais resistente, porém, em compensação, de incidência muito rara. Relewa notar que o emprego da penicilina, além da sua indicação na sífilis, é apregoada na blenorragia e que as sulfanilamidas possuem ação terapêutica nesta última infecção, no cancro mole e no linfogranuloma venéreo.

O quadro clínico da moléstia de Nicolas-Favre, pela facilidade do diagnóstico biológico e melhor conhecimento das localizações do vírus poradênico em outros departamentos do organismo, afora o sistema linfático, está sendo cada vez mais ampliado. Os modernos conhecimentos sobre a existência de infecções inaparentes, sem qualquer sintomatologia clínica evidenciável, tal como acontece na lues, adquirem cada vez maior importância para cuidadosos estudos das formas clínicas atípicas, epidemiologia e profilaxia da viríase.

Dentro desse critério, várias escolas médicas, entre as quais cabe-nos salientar a do Prof. MAY, de Montevidéu (Uruguai), realizam a prova de Frei e a pesquisa do quadro ocular poradênico em numerosas doenças de origem desconhecida, e sistematicamente nos indivíduos portadores ou com passado clínico de doenças venéreas. Entre as moléstias de obscuridade etiológica, foi incluída a oto-esclerose, síndrome descoberto e descrito por POLITZER em 1887. CHIARINO, em 1943, encontrou a intradermoreação de Frei positiva e evidentes sinais do quadro poradênico em 17 doentes de oto-esclerose, tendo havido regressão da doença em alguns com o emprego da sulfanilamidoterapia.

Encetamos, nos primeiros meses do corrente ano, em colaboração com o nosso digno colega e amigo DR. OROZIMBO CORRÊA NETTO, em Poços de Caldas, a realização sistemática da reação de Frei em oto-esclerosos clinicamente comprovados e em 15 doentes de outras afecções do ouvido, êstes a título de controle. Os nossos achados, publicados no *Brasil Médico* (ns. 20 e 21, págs. 192-6, 1945), mostram que a reação de Frei foi positiva em 9 casos, dentre 10 doentes de oto-esclerose. No grupo dos 15 doentes de controle os resultados foram inteiramente negativos. Nos casos de oto-esclerose, apenas dois doentes tinham sequelas clínicas e contam que tiveram a forma inguinal da moléstia de Nicolas-Favre. Podemos adicionar a êstes resultados mais dois casos de oto-esclerose, com reação de Frei positiva: ambos tiveram blenorragia há vários anos e um com passado clínico de linfogranuloma venéreo. Portanto, em 12 casos de oto-esclerose, apenas um teve o Frei negativo, em intradermo-reações praticadas com o "Lygranum S. T."

Sobre a questão que diz respeito à responsabilidade do vírus poradênico, como agente etiológico da moléstia de Politzer, o nosso modo de pensar está expresso no título da presente comunicação, visto ser precoce qualquer afirmativa neste sentido. O assunto merece pesquisas mais aprofundadas, levando-se em conta a nossa pequena casuística. Pode ser que os oto-esclerosos, passados por nossas mãos, tivessem o vírus poradênico em estado latente ou então a forma assintomática da linfopatia venérea, com Frei positivo, nada tendo em relação com a afecção do ouvido. Nos três casos com passado de moléstia de Nicolas-Favre, ainda o Frei continuaria positivo, sabendo-se que nos indivíduos contaminados, a hipersensibilidade ao vírus persiste por muitos anos após a infecção: não haveria, em tais casos, qualquer relação entre a possibilidade da reação alérgica e a oto-esclerose. São críticas que fazemos ao nosso trabalho. O tempo nos dirá se as nossas pesquisas, como as de CHIARINO, estão certas ou se houve simples coincidência, considerando-se o pequeno número de casos.

A etiologia linfogranulomatosa da oto-esclerose é, pois, no presente momento, uma nova pista que merece atenção e pede novas verificações. No trabalho que publicamos com CORRÊA NETTO, acima citado, apontamos alguns dos caminhos a serem seguidos, para a confirmação clínico-experimental e perfeito esclarecimento entre as possíveis relações etiológicas da oto-esclerose com o linfogranuloma venéreo.

Outro fito da presente comunicação foi, ainda, chamar a atenção, mais uma vez, para a importância que a moléstia de Nicolas-Favre vem ganhando em diferentes especialidades clínicas, fora da venereologia, proctologia, ginecologia e urologia.

**AMINO-CRON**

**YATROPAN LTDA.  
SAO PAULO**

**Eficiência absoluta  
Uso tópico  
Sem irritabilidade**

## Tratamento da osteomielite aguda hematogênica \*

**Prof. Mario de Abreu**

*Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná*

Agradecemos sobremaneira honrados a distinção que nos foi conferida pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, para relator de um dos temas do 6.º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia — o tratamento das osteomielites.

Como melhor recurso de exposição do assunto e melhor meio de evitar repetições frequentes, o nosso companheiro Dr. Abdias Ferreira cuidará do tratamento da osteomielite crônica, enquanto que explanaremos o tratamento da osteomielite aguda.

A numerosa contribuição bibliográfica, a presunção geral do seu amplo conhecimento e a sua divulgação clássica criam as principais dificuldades do nosso relato. Procurámos então fazer uma exposição sucinta e atualizada, sem pretender o aspecto de revisão completa.

Três são os fatores a considerar no tratamento da osteomielite aguda: a) a forma clínica; b) o período evolutivo; c) a localização no esqueleto.

a) As formas clínicas variáveis dependem do tipo e virulência do germen, da via de introdução do germen no organismo e mecanismo da infecção ossea.

Diversas são as classificações descritivas conforme o germen causador do processo osteomielítico, considerando-se os tipos clínicos em sua relação, donde as osteomielites estafilocócicas, estreptocócicas, pneumocócicas, tíficas e outras, que se fazem no decurso de grandes infecções gerais, mas sempre tendo em vista o tipo de bactéria agente da infecção.

Este aspecto do problema das osteomielites, tido principalmente pelos autores que se seguiram à época das pesquisas bacteriológicas, como essencial, não tem atualmente mais a mesma

\* Relatório ao VI Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia — 1944.

NOTA. — Trabalho apresentado em julho de 1944. Até essa data não havia referências bibliográficas científicas sobre o emprego da penicilina na osteomielite aguda, e a nossa própria observação não permitia qualquer exposição suasória, por isso nenhuma indicação dessa terapêutica fizemos no texto.

importância, por ser fato perfeitamente assentado e concorde em todas as grandes estatísticas ser o estafilocóco o mais frequente causador da osteomielite aguda, com maior predominância do aureus, seguindo o estreptocóco e, em frequência, numa percentagem mínima, as outras espécies, quasi constituindo afecções excepcionais.

Os estudos de Lannelongue e Achard (1890) já indicavam esta relação e assim, sobre 73 exames na osteomielite, encontraram 44 vezes estafilocócos aureus, 9 estáfilo albus, 1 estáfilo aureus e albus, 1 estáfilo citrino, 1 estáfilo aureus e colibacilo, 7 estreptocócos, 1 estrepto e estáfilo albus, 3 pneumococos, 4 bacilo de Eberth, 2 microcócos indeterminados, talvez pneumocócos.

A estatística de Butler, dos casos havidos no London Hospital de 1919-1937, em número de 500, confirma este fato, pois foram encontrados: o estáfilo aureus 342 vezes — 82%, e o albus 22 vezes — 5%, o estrepto 45 — 11%, os anaeróbios 2, o colibacilo 1, o pneumocóco 1 e não se conhecendo o germen em 87 doentes. Assevera esses mesmos resultados outra fonte estatística: Lanche, em trabalho conjunto, cita, de Naegeli, as seguintes percentagens dos casos observados na clínica cirúrgica de Bonn: estáfilo aureus 78,9% e o albus 5,2%, estrepto 5,2% estáfilo e estrepto 3,5%; grupo coli 1,7%; pneumocócos 1,7%; bacilo tífico 1,7%.

Wilensky, do Mount Sinai Hospital, dá a indicação seguinte: estáfilo aureus 67, albus 11, aureus hemolítico 2, aureus e albus 3, albus e esrepto hemolítico 2, aureus e estrepto 1, aureus e difterioide 3, estreptocócos 1, estreptocócos anaeróbios 2, estreptocóco hemolítico 24, estrepto não hemolítico 6, estrepto hemolítico B 6, estrepto viridans 6, estrepto viridans e difterioide 1, pneumocócos 2, difteroides 1, B. subtilis 1, B. tífico 3, B. coli 1, B. Friedlander 1, B. proteus 1. Os dados de Frazer, em 360 casos, são: 312 estáfilo aureus, 8 albus, 16 estrepto, 6 estrepto e estáfilo, 14 pneumocócos, 3 bacilo tífico, 1 bacilo da influenza. Os exames praticados com 187 casos de Huebler resultaram: estáfilo aureus 176 casos; estreptocócos 9; pneumocócos 1; bacilo tífico 1 caso.

Da clínica de Koenigsber, Låwen (1939) reuniu, nos ultimos 11 anos, 416 casos; em 350, isto é, 84,1%, foi encontrado no puz, estafilocócos aureus.

Servem estes trabalhos, confeccionados em épocas e regiões diferentes e por longos períodos de tempo, para confirmar a opinião hoje generalizada, de que na maioria absoluta dos casos, é o estafilocóco o germen que produz a infecção. No entanto, um aspecto curioso a ser anotado, e também geralmente confirmado, Fèvre, Wilensky, Green e Shannon (95 casos — 63% estreptocócos), Dillehunt, é o de, na primeira in-

8)

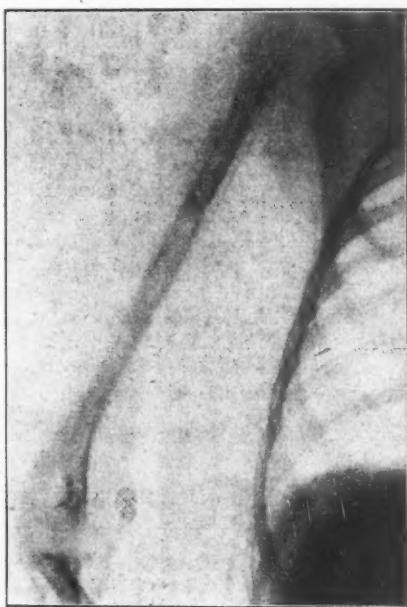


fância até 2 anos, ser mais encontradiço na osteomielite aguda o estreptocócos, com uma frequência quasi absoluta.

A via sanguínea é a via habitual de penetração do germen no osso, donde a denominação de osteomielite aguda hematógena para os casos clínicos mais comuns e frequentes, resignando o tipo clássico. Deste modo existe sempre uma infecção geral anterior à localização óssea, a qual pôde assumir o papel predominante do quadro clínico, é a forma septicêmica, ou então é passageira ou transitória, constituindo a forma bacteriêmica.



1.ª Radiografia



2.ª Radiografia

Menina, 10 anos. Osteomielite aguda do úmero, extremidade superior.

1.ª radiografia 8 dias após o processo inicial — aspecto normal. Estado geral grave desde o primeiro dia de doença. Febre continua, nas imediações de 39-40°.

2.ª radiografia, 15 dias após — fusão de toda a metade superior do úmero, foco metafisário inferior. Drenagem abscesso subperióstico. Estado geral um pouco melhor, temperatura persistente.

NOTA. — Tratámos 15 doentes na fase aguda da osteomielite com esta orientação terapêutica, tendo sido os nossos resultados equivalentes às observações que estão documentadas, das quais retirámos exemplos de evoluções variáveis. A medicação por sulfamidas (sulfatiazol e sulfadiazine) foi para nós adjuvante e em algumas observações deixámos de usá-la deliberadamente, por não termos notado diferença de evolução do foco ósseo.

A fôrma septicêmica é dominada pelos fenômenos clínicos gerais da septicemia e, como afirma Leveuf, se afasta na discussão do tratamento da osteomielite aguda. A localização óssea da infecção mal se esboça, sob mínimos sinais; diante da intensidade da disseminação, mais propriamente hipertóxica, que conduz à morte em poucos dias. Outras feitas, constituiu-se o foco osteomielítico único ou múltiplo, mas como verdadeiros epifenômenos, dentro do quadro septicêmico, com seu cortejo sintomático dominante, sem tendência à remissão. Estes casos de excepcional gravidade, parece-nos que fogem do capítulo da osteomielite, para serem reais septicemias, como demonstra a evolução clínica.

A fôrma bacteriêmica é a mais frequente da osteomielite aguda, sendo importantes os sinais gerais e muitas vezes de intensa repercussão para o organismo, mas a evolução local da infecção assestada no osso domina o quadro clínico.

Wilensky divide a osteomielite aguda em três grandes grupos:

1) infecção primária do osso — Produzida pela introdução direta no osso dos germens, atravez duma solução de continuidade da pele. São exemplos as osteomielites por infecção cirúrgica, produzidas numa intervenção sobre o osso, e as consecutivas às fraturas expostas. Têm naturalmente os mais variados aspectos, não só bacteriológicos, como evolutivos clínicos e podem ser de mui graves consequências. Fogem ao sentido geral do nosso tema, pela série de problemas conexos que apresentam, e poristo são compreendidas em capítulo à parte.

2) fôrma extensiva ou por contiguidade — Faz-se do contágio do osso pela proximidade dum foco de infecção. São deste tipo as osteomielites dos ossos proximos às sinusites e otites, por extensão progressiva; as dos ossos dos dedos, causadas por infecção das partes moles, e também as bursites supuradas provocando supurações ósseas de vizinhança. De mecanismo mais acessível, não a compreenderemos em nosso relato, por despertar problema terapêutico mui diverso.

3) osteomielite aguda hematôgena. Esta será a fôrma de objetivo essencial do nosso estudo. Muito mais frequente na adolescência do que em qualquer outra época da vida, é também chamada imprópriamente de osteomielite da adolescência. Pode se constituir, embora menos frequentemente, na primeira infância e idade adulta, conservando, no entanto, determinadas peculiaridades, inerentes ao tipo de infecção e constituição óssea.

A patogenia da osteomielite aguda ficou esclarecida em fins do século passado pelos estudos e observações de Rosenbach (1878), Kocher (1878), Lannelongue (1879), Pasteur (1880), Rodet (1884), Kraske (1890) e Lexer (1894).



Os estudos experimentais de Lexer, afirmando a origem embólica da infecção através da artéria nutridora do osso, ainda servem de base a todas as discussões sobre a patogenia da osteomielite aguda (Läwen). Wilensky adota este ponto de vista e faz chegar a Kaufmann (1855) a publicação primeira. Afirma ser o principal elemento a trombose vascular, notando-se os primeiros fenômenos nos primeiros dias da doença, e acresce que os característicos dominantes do quadro patológico são. 1) a



3.ª Radiografia

3.ª radiografia — imobilização gessada — continuação da destruição óssea. Estado geral muito melhor, 45 dias após o início da doença.



4.ª Radiografia

4.ª radiografia — pequena exacerbação febril. Maior edema do braço. Fratura espontânea no 1/3 médio do úmero. Vantagem do gesso imobilizador — nenhum desvio dos fragmentos.

trombo-flebite ou trombo-arterite; 2) trombozes extensas dos canais vasculares; 3) necrose ossea consequente aos distúrbios circulatórios.

Walter Müller (1931) pôde experimentalmente mostrar que as substâncias corantes e também estafilocócos eram transportados e reunidos na metáfise dos ossos longos através dos linfáticos (cit. Läwen, Arch. Klin. Chir. 164-722-1931).

As experiências renovadas, ao tempo que ampliadas em suas conclusões, têm podido modificar certos aspectos de interpretação

ção do problema íntimo da lesão óssea, embora suas aplicações práticas no homem devam forçosamente sofrer restrições.

Mac Neal (1937) reproduz as experiências de Lexer. Refere a experimentação de Hobo com injeção de tinta da Índia, que verifica no fígado, baço e toda a medula óssea totalmente escuros e mais tarde com partículas largamente fagocitadas. Encontra-os sempre nos capilares venosos e nunca nas arteríolas, sendo que a medula diafisária é mais impregnada do que a medula metafisária. Mac Neal julga, com os trabalhos de Koch, Dumont



5.ª Radiografia



6.ª Radiografia

5.ª radiografia — 30 dias após a última. Novo gesso. Franca consolidação do foco de fratura, persiste a supuração. Estado geral bom. Noventa dias após o início da doença.

6.ª radiografia — persiste a imobilização — não mais se evidencia o foco da fratura. Início da formação dum sequestro superior, de limites ainda pouco definidos.

e Kusama, que a predileção da metáfise do osso em crescimento pela infecção está em relação com fatores biológicos, a resistência dos tecidos e não por influência mecânica, o que explica a inexistência, no decurso da osteomielite aguda, de abscessos do pulmão, bem como a raridade de outras supurações viscerais, enquanto que as metáfises e a gordura peri-renal são sédes habituais.

Werver e Tyler (1943), utilizando-se de 205 coelhos, conseguem a instalação de osteomielite em 39%. Procuram tirar conclusões sobre o efeito da sulfamidoterapia, sem no entanto

poder apreciar de modo definitivo. A experimentação indica os elementos essenciais da infecção, mas não demonstra suficientemente o mecanismo de sua realização.

**b) Período evolutivo.**

E' classica a divisão das osteomielites em agudas e crônicas, não só em autores de livros mais antigos, como nos mais modernos, acrescentando alguns uma fase sub-aguda, Campbell,



7.ª Radiografia

7.ª radiografia — sequestro bem formado mas não isolado. Supuração escassa. Fôco polar inferior reconstituído sem supuração.



8.ª Radiografia

8.ª radiografia — 30 dias após a última. Porção inferior do sequestro de limites mais ou menos nítidos, parte superior ainda indefinida. Julgamos útil a retirada tardia do sequestro, quando se desprende quasi totalmente e talvez tenha fornecido elementos para a reconstituição óssea.

Ombredanne. Porém não se nota uma definição nítida da diferença das duas fases, isto é, quando termina uma e se inicia a outra, bem como existe uma certa diferença de definição.

E' de aceitação tácita e compreensão mais geral, em comparação com outras infecções, indicar as manifestações evolutivas que surgem bruscamente e se instalam no osso, em tempo

variavel de duração em dias, mas com lesões progressivas, de consequência imediata da infecção óssea como período agudo e crônico, o periodo afastado no tempo, dos acidentes iniciais, diminuido ou desaparecido o cortejo dos sintomas clinicos de infecção aguda, com lesão óssea persistente, alguns acrescendo numa manifesta confusão as expressões de forma prolongadas ou recidivantes. Outros, embora sem se definir claramente, Al-



9.ª radiografia — sequestro bem limitado, verdadeiro corpo estranho. Supuração minima mas persistente. Momento da intervenção, que consistiu na retirada simples do sequestro sem traumatismo ósseo. Cura rápida, sem incidentes e praticamente sem supuração, 30 dias após a intervenção, com imobilização gessada, 8 meses após o inicio da doença.

lende, Fichte, Tixier, começam a falar em período crônico, desde terminada a fase dos intensos sintomas gerais e formação, pela necrose óssea, dos sequestros.

Läwen (1929) classifica os 416 casos de osteomielite, em 11 anos da clínica de Koenigsberg, de superagudo 26 — 6,3%; agudo 100 — 24% ainda não operados; sub-agudos 90 casos, cuja duração da doença era até 3 meses e já operados; 200 — 48% crônicos, que há alguns anos eram tratados.

Este critério não nos parece lógico, bem como também, o tempo não pôde servir de base para diferenciar as fases aguda e crônica.

Iniciado o processo da osteomielite, há uma série de consequências em relação direta e continuada com a infecção, numa marcha evolutiva variável de semanas, com característicos ósseos diferentes, porém diretamente ligados ao início do processo. O conhecimento evolutivo natural da osteomielite aguda mostra, seja a formação de sequestros pequenos ou grandes, na fase da



Fotografias da doente 6 anos após o término do tratamento. Recuperação de todos os movimentos do membro superior sem redução de amplitude, com um mínimo de encurtamento visível.

destruição, ou seja a reconstituição integral do osso, com o esvaziamento do abscesso sub-perióstico, espontâneo ou incidado, demonstrando cabalmente, no nosso entender, a continuação sem arrefecimento, apesar da inexistência dos sintomas clínicos gerais, da fase aguda do processo infeccioso ósseo.

No entanto, si terminada esta fase primeira de destruição, seguida de reconstituição óssea que sempre e normalmente se segue em todas as eventualidades, com esta ou aquela ou ainda sem orientação terapêutica, persistem os fenômenos alternados

ou continuados de infecção óssea, tendo por substrato anatômico aspectos variáveis, abscessos centrais ou geôdos residuais, sequestros desprendidos ou encastoados, fistulizados ou não, períodos longos ou curtos de cura aparente, conservando o osso a lesão não refeita, então deve se denominar fase crônica. Portanto, julgamos deva ser o estádio ósseo da infecção o critério que determina a osteomielite aguda, e não o tempo e evolução clínica.

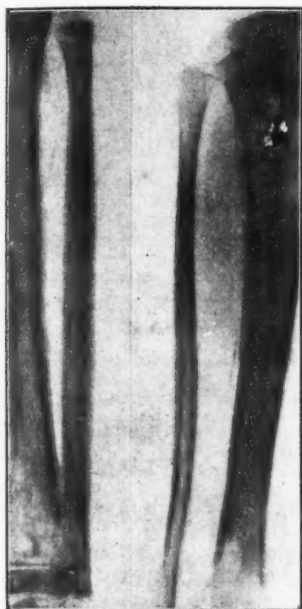
Ombredanne descreve a forma aguda e inclui a formação dos sequestros com sua eliminação consecutiva; contesta com razão a existência da forma inicialmente crônica, de outros autores franceses, e afirma que é crônica, não a infecção osteomielítica, mas a evolução clínica dos sintomas que se arrastam no tempo para eliminar espontaneamente os sequestros, acreditando mais na existência das formas prolongadas ou recidivantes, isto é, "osteomielite que se pôde considerar como não curando nunca". Indica as formas sub-agudas, como sendo osteomielites de sinais clínicos abrandados de intensidade, suscetíveis de resolução espontânea, talvez o substrato anatômico da osteomielite aguda do adulto.

Wilensky, mais de acôrdo com a realidade dos fatos, afirma que o termo de osteomielite crônica, o mais das vezes não é uma expressão feliz, porque a maioria dos casos de osteomielite começa como processo agudo e o prolongamento da afecção no tempo, principalmente si comparado a outras doenças agudas, é função dos característicos do tecido ósseo, onde se processa a infecção. Reserva a expressão de osteomielite crônica para os casos que, apesar de orientação adequada, não têm tendência à cura ou então, às recidivas em relação ao foco primitivo. A importância em distinguir as fases evolutivas nesta desinência, é muito menos de palavras do que de fatos concretos, porque nesta noção se inclui realmente uma noção essencial do problema terapêutico, isto é, como evolve a osteomielite aguda e quais as reações do osso conforme sua contextura anatômica, quando infectado.

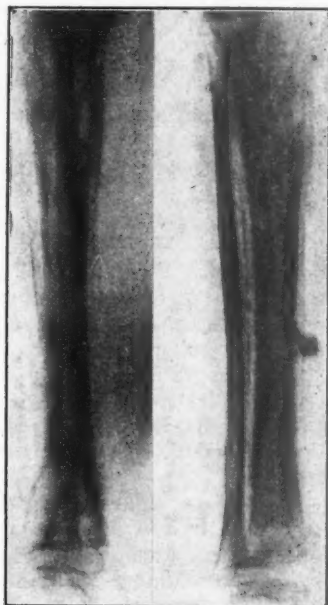
Sob o ponto de vista do tratamento, têm enorme interesse o estudo radiológico da osteomielite e sua relação com os diversos estádios evolutivos.

E' noção corrente que o osso, na osteomielite aguda, só sofre modificações aparentes à radiografia aproximadamente no fim da segunda semana de evolução. Antes desse tempo, no entanto, poderão ser observadas mínimas alterações do osso e periósteo, de interpretação muito dúbia e não convincente. Apesar disto, por esta época, já se observam clinicamente grandes modificações locais, que chamam desde logo a atenção pelos sinais regionais da infecção localizada e concomitante supuração. E' a fase do abscesso sub-perióstico e por vezes da conta-





1.ª Radiografia



2.ª Radiografia

Menino, 12 anos.

1.ª rad'ografia — 20 dias após o início da doença. Forma aguda, sem grande alteração do estado geral; temperatura pouco elevada, simulando estado gripal no início, só patenteada a abcedação sub-perióstica 10 dias após o início. Osteomielite aguda da tibia, com grande destruição óssea. Notar impressão clínica de infecção de pouca monta, no entanto grande destruição local do osso. Ruptura espontânea sob o gesso, de abscesso sub-perióstico.

2.ª radiografia, de frente e de perfil. Radiografias tiradas por ocasião da mudança do aparelho de imobilização gessada que foi colocado desde que vimos o doente, 15 dias após o início da doença. Continúa o processo destrutivo. Estado geral bom.

minação articular direta ou por reação de vizinhança. E' ainda o tempo do erro diagnóstico frequente, conforme se processam os sintomas clínicos gerais de modo mais ou menos intenso ou se confunda com supuração apenas das partes moles.

A este período se segue o da manifestação radiográfica evidente, no qual se patenteia a destruição óssea de extensão variável, dependente da intensidade da infecção e da estrutura óssea. Si seguirmos estes dados por clichés sucessivos, podemos observar como variam no tempo e na forma o aspecto destrutivo do osso e a impossibilidade de predeterminar a área de necrose que irá se estabelecer. Nesta fase, 30 ou 40 dias em

média, pôde-se notar uma verdadeira fusão diafisária que atinge uma metade ou praticamente toda a diáfise, sendo a ocasião de possível fratura expontânea. Abandonada a si mesma e com o membro afetado livre, instalam-se, então, as mais graves complicações, com manifestas exacerbações da infecção, que redundam em agravamento geral, deformações e atitudes viciosas.

Vê Wilensky neste período, à leitura dos clichês, a confirmação da doutrina trombo-embólica dos ramos arteriais nutridores do osso, segundo os estudos de Lexer, Kuliga e Turck.

Após esta fase de destruição óssea predominante, que se cinge algumas vezes à metáfise e vizinhanças, outras atinge a linha da cartilagem de conjugação e zona epifisária, ou ainda se estende para a diáfise, abrangendo-a em variados limites, inicia-se concomitante fase reconstrutiva do osso, perceptível nas chapas radiográficas e que podem ser *pari passu* acompanhadas. O período de reparação óssea, que também é o de formação de sequestros, não obedece a regramento previsível, como a atestar a inoportunidade dos amplos esvaziamentos ósseos no início da infecção.

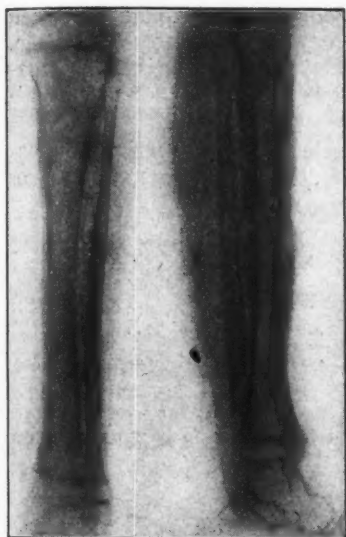
Pela observação continuada surpreende muitas vezes notar-se, após destruição massiça do osso, formar-se apenas pequenos sequestros em total desproporção com a área destruída, constituindo a nossa impressão que não se tendo pressa em extrair os sequestros, eles mais se reduzem de volume e melhor se faz a reconstrução do osso. "A presença de osso morto é necessária à formação de osso vivo", no dizer de Olleir. Na grande maioria das vezes a radiografia mostra esta evolução com extrema nitidez: o desaparecimento do traço fraturário e sua consolidação, a solução de continuidade do periósteeo em relação apenas com a rutura expontânea ou provocada do abcesso sub-periostíco drenado, os sequestros, único ou múltiplos, aderentes ou não à camada sub-periostíca, de grande extensão no início e gradativamente reduzindo-se de tamanho e desenhando-se com mais nitidez os seus limites, e até chegar a se desprender de suas conexões dentro do osso para atuar como real corpo extranho. E' a fase terminal da osteomielite aguda, sem relação naturalmente com o tempo, pois este nunca é breve em se tratando de afecções ósseas, e nem com os fenómenos clínicos locais ou gerais, que geralmente já estão de há muito bastante arrefecidos ou desaparecidos.

### c) Localização no esqueleto.

Outro fator de ponderações na terapêutica da osteomielite aguda é a sua localização no osso encarado como órgão.

Infecção primitiva de caráter geral, pôde, na sua fase de localização óssea, enxertar-se sobre qualquer das partes do esqueleto, aí tomando seu próprio aspecto clínico e anátomo-patológico. Mas observou-se desde longa data, concordes todos os





3.ª Radiografia



4.ª Radiografia

3.ª radiografia — 3 meses após o início, sempre em imobilização gessada. Intensa descalcificação óssea, porém em franca reparação. Estado geral muito bom. Menino engordando e corado.

4.ª radiografia. Não se formou sequestro, não ha mais supuração. Franca reconstituição do osso, com certa exuberância do calo subperióstico. 6 meses após o início da doença. Cura completa. Nenhuma intervenção, estrita imobilização em gesso desde o início. 1944, três anos após a infecção inicial, nenhuma recidiva. Crescimento normal.

autores antigos e modernos, que as metáfises dos ossos longos, predominando no membro inferior em relação com o membro superior, naqueles próximas do joelho e neste afastadas do cotovêlo, são os pontos de eleição do início da osteomielite aguda, constituindo a enorme maioria dos casos da afecção.

No entanto, os outros ossos, também, podem ser sede do processo agudo, não só na forma clínica bacteriêmica de focos múltiplos, mas como única parte do esqueleto atingida, evoluindo com feitio característico, em relação á situação e estrutura anatômica do osso.

Afecção, em geral, da adolescência, encontra expiicação a dominante predisposição da porção juxta-epifisária ou metáfise ou bulbo de Lannelongue, em localizar a infecção, na mais intensa irrigação vascular desta zona dos ossos e por isso mesmo as demais localizações nos outros ossos são relativamente raras e no conjunto geral, incidem em percentagens mínimas.

Wilensky, em 346 casos do Mount Sinai Hospital, encontrou 15% tibia, 23% femur, 9% úmero, 3% perônio, 3% rádio, 5% mandíbula, 0,5% ilion, 2% calcâneo, 2% vértebra, 8% cabeça, incluindo o outro tipo de osteomielite aguda por contiguidade.

Lanche insere as estatísticas alemãs apenas na forma osteomielite aguda hematogena de Trendel (Tubingen), Reischauer (Breslau), Naegeli e Menicker (Bonn):

femur	58,8%	40,6%	34,5%
tibia	34,8%	37,7%	42,5%
úmero	9,3%	10,3%	12,5%
perônio	3,2%	3,5%	5,5%
rádio	7,2%	4,2%	5,5%
cúbito			
	{ 3,9%		{ 4,0%
	{ 3,2%		{ 1,0%

Na estatística de Mennicker vem especificada a zona do osso afetada:

úmero	{	extremidade superior	8,4%	10,5%
		extremidade inferior	2,1%	
ante-braço				4,2%
mão				0,7%
iliaco				0,7%
femur	{	extremidade superior	13,7%	40,7%
		extremidade inferior	23,6%	
		diáfise	3,5%	
tibia	{	extremidade superior	20,7%	37,7%
		extremidade inferior	17 %	
perônio				3,5%
pé				2,1%

Viñas, Aguirre e Rivara publicam uma estatística de 518 casos, observados em 38 anos no Hospital de Niños de Buenos Aires, com as localizações seguintes: tibia 240, femur 142, úmero 36, perônio 20, maxilar inferior 17, calcâneo 9, rádio 10, costelas 5, acrômio 6, rótula 1, cúbito 3, frontal 6, maxilar superior 3, metatarsianos 4, coxal 11, astrágalo 2, isquion 1, clavícula 1, coluna 1.

Estas estatísticas, tomadas de trabalhos fundamentados e principalmente resultado de observações hospitalares de vários anos, dão uma nítida e véra impressão deste aspecto, em realidade noção clássica, plenamente confirmada.

Neste particular ainda varia a incidência no adulto, e na forma habitual da osteomielite aguda hemotogena do adolescente. No adulto, a forma de evolução aguda por localização da infecção secundária é excepcional, sendo mais frequente a exacer-

bação aguda, por recidiva, com intervalo longo de tempo, na mesma região ou à distância da infecção antiga.

Nota-se de maneira geral que a localização no osso é diafisária e assume no seu desenvolvimento por peculiaridade histológica, feito diverso. Com o conhecimento das formas de cura espontânea (Wilensky) ou de evolução sub-aguda (Ombredanne) ha tendência em se acreditar, o que parece mais real, que as manifestações agudas da osteomielite no adulto são de fato exacerbações agudas de focos osteomielíticos anteriores, de cuja evolução primitiva não houve diagnóstico ou evidência clínica perceptível.



Menino, 9 anos. 1 mês após o início da doença. Já havia sido incisada por incisão mínima junto ao côncavo poplíteu uma supuração cuja origem não havia sido reconhecida. Desde o início, estado geral muito grave, grande abatimento e emagrecimento. Febre continua nas imediações de 40°. Encontramos o doente com o membro inferior em atitude viciosa, com persistência de todos os fenômenos gerais.

1.ª radiografia — destruição localizada da metafise superior do fêmur direito, com descolamento sub-perióstico extenso. Notar grave alteração do estado geral, temperatura muito elevada, no entanto destruição óssea localizada.

Sabemos quão estranhas são as supurações ósseas estafilocócicas pela latência prolongada assintomática, e como se incrementam por vezes repentinamente com um quadro agudo infeccioso, sem uma causa palpável. O aspecto radiográfico nos confirma nesta opinião. Muito variável, apresenta lesões destrutivas que muito lembram as da osteomielite crônica, geódos, abscessos centrais ao lado de lesões reconstrutivas, de longa evolução, eburneização do osso e espessamentos periósticos extensos.

Jaureguy, Butler, Leclerc, Mitchel, mostram o aspecto variável da evolução clínica geral e do foco osteomielítico, que impõem problema terapêutico mui diverso.



2.ª Radiografia



3.ª Radiografia

2.ª radiografia — após dois meses dos cuidados iniciais, que consistiram em tração contínua por 8 dias e grande gessado pelvi-pedioso. Clichê tomado após três meses do início da doença. Intensa reconstituição óssea; desapareceu a supuração da incisão feita na porção inferior. Drenagem espontânea da parte alta com pequena supuração. Estado geral em franca melhora. Temperatura normalizada aos poucos dias após a imobilização gessada.

3.ª radiografia — tirada na mudança do gesso. Franca reconstituição óssea local. Estado geral muito bom, 5 meses após o primeiro gesso. Nenhuma supuração, nem tampouco formação de qualquer sequestro. Passou-se 1 ano e meio do término do tratamento, nenhuma recidiva, conservação dos movimentos da coxo-femural, redução acentuada dos movimentos do joelho. Crescimento normal.

Esses elementos farão necessariamente variar a orientação terapêutica. A instalação do processo infeccioso num osso chato de pequeno volume, tal o calcâneo, de constituição esponjosa, de acesso direto pouco traumatizante, é naturalmente de evolução clínica local mui diversa do mesmo processo no maxilar inferior, de contextura compacta, servindo de arcabouço estético da face, com outro mecanismo de reconstituição e tendência à for-

22)

mação de sequestros septados, em comunicação com a boca, via de acesso natural.

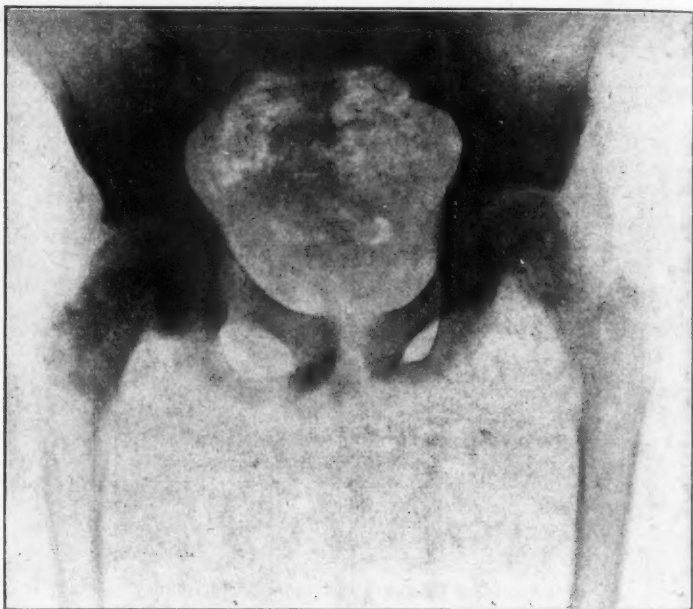
Comparemos mais a incidência sôbre a extremidade superior do femur, juxta-epifisária, abrangendo porção extensa do osso, localizado na profundidade duma grande massa muscular, crescendo o problema mecânico da estática e movimentação da coxo-femural, com a de processo evolutivo idêntico mas de situação na metáfise superior da tibia, com exposição ampla ao



Menino, 13 anos. Visto no segundo dia de doença. Aspecto muito grave, de verdadeira sideração orgânica; temperatura desde o início 40°, profundo abatimento obnubilação, desconhecimento do ambiente e das pessoas. Na raiz da coxa esquerda, ligeiro aumento de volume e impressão de dor localizada. Imediata imobilização em gesso pelvipedioso, tendo sido tomada antes esta.

1.ª radiografia. Aspecto ósseo normal. Nos dias subsequentes, até o 10º, temperatura sempre muito elevada, agitação constante com delírio; do 10º ao 15º, diminuiu a febre, leve melhora do estado geral, volta da consciência. Alguns dias após, mudança do gesso.

exame clínico, afloramento rápido para o exterior da supuração, intervenção cirúrgica simples e fácil observação das sequências imediatas. Ainda notemos no que possa caracterizar clinicamente a osteomielite aguda da coluna vertebral, com a complexidade anatômica das vértebras, suas funções de mobilidade e de sustentação complicadas, e de proteção do órgão nervoso, por isso de característicos clínicos peculiares, e a impossibilidade da aplicação de certos métodos cirúrgicos, e também ainda na localização craneana impondo outra série de raciocínios pela especial estrutura anatômica dos ossos do crâneo, proximidade



2.ª radiografia — Patenteia-se a destruição óssea inicial ao nível do colo do fêmur.

do encéfalo, natureza particular do revestimento cutâneo. Com isto se vê que cada uma das localizações ósseas desperta problemas que afetam diretamente o procedimento terapêutico, além de modificar ipso facto o tipo e a intensidade da destruição óssea provocada pela infecção.

Sendo no entanto muito mais frequente a localização nos ossos longos dos membros do que em todos os outros ossos, serão as nossas referências gerais em relação a estas localizações; as demais localizações deverão ser objeto de estudo particularizado.

Podemos portanto admitir que certos fatos na osteomielite aguda hematógena têm recebido a confirmação do tempo, coincidindo as observações dos que se têm dedicado ao assunto.

E' uma localização óssea de infecção geral, produzida em 90% dos casos por estafilocócos; de fórmulas clínicas diferentes, uma de caráter septicêmico, em que a osteomielite aguda é epifenômeno, acima dos recursos terapêuticos atuais, mas de incidência rara e de definição diagnóstica clínica difícil em seus limites, e outra bacteriêmica, que determina a localização esquelética. Esta localização se processa 95% das vezes nos



3.ª radiografia — Prossegue a destruição do colo, que se faz mais intensa, a ponto de não se vislumbrar segmento ósseo normal. Note-se a vantagem do gessado de imobilização. Nesta ocasião, 40 d'as após o incio, temperatura de elevação vespéral. Formação nitida do abcesso sub-perióstico. Punção, retirada de 100 cc. de puz; exame estafilococos. Refecção de novo gesso.

ossos longos dos membros, com absoluta predominância do membro inferior, 80% das localizações osteomielíticas agudas hematógenas.

A infecção do osso é sempre da medula e canais de Havers, donde o abandono da expressão osteíte pelo de osteomielite. A via de introdução do germen é sanguínea.

Estes são os elementos positivos adquiridos pela observação.

As opiniões não são concordes quanto ao mecanismo íntimo das reações do osso à infecção, que apresentam aspectos diversos, combinando-se vários fatores de discernimento discutível, a biologia do germen causador e a sua evolução no tecido ósseo. Esta disparidade de apreciação dos fatos na estrutura íntima do osso, orientou a terapêutica por feições diferentes em relação ao tratamento geral e ao da lesão local.

Recordar o histórico sucessivo das várias maneiras de proceder diante duma osteomielite aguda teria menos interêsse por estar repetido em todos os livros clássicos de patologia, do que analisar as orientações mais modernas de tratamento, influidas que são por conhecimentos técnicos mais concatenados.



**Imobilização.** — A imobilização da região afetada constituiu um real progresso no tratamento da osteomielite aguda.

Feita com rigor técnico, imobilizando o membro lesado num aparelho gessado, ao tempo que dá o repouso conveniente á lesão, permite a sua evolução natural e previne as graves deformações posteriores, tão frequentes antigamente.

E' relativamente recente a utilização do aparelho gessado na presunção de imobilizar rigorosamente o membro séde da infecção. Parece-nos que infuirmos muito, na sua maior divulgação, a doutrina moderna de se estabelecer o maximo de repouso às porções esqueléticas doentes, como também a difusão que teve o método de Orr, no qual a imobilização não é complemento apenas, mas parte essencial do tratamento. O próprio Orr insiste no modo de fazê-la, tal como nas fraturas, abrangendo pelo menos as duas articulações vizinhas para absoluto repouso regional.

Wilensky dá enorme interêsse à imobilização, escrevendo textualmente: "No mais precoce estágio do desenvolvimento de um foco de osteomielite, a mais importante forma adjuvante de terapêutica é o repouso da região por apropriada imobilização. Estou certo que um certo número de casos em que a operação se mostrou desnecessária, a não indicação foi determinada pela imobilização da parte afetada. O repouso deve ser feito por gesso ou tala, por aparelhos de contenção ou por outros meios apropriados, recomendados pela melhor prática ortopédica".

Ora, é de todos reconhecido que o melhor meio de imobilização, pela maleabilidade e mais perfeita adaptação às configurações exteriores, variáveis de indivíduo, é o aparelho gessado. Insistimos em resaltar a importância da imobilização porque a sabemos pouco difundida, dominado o problema terapêutico pela orientação clássica, onde não se faz referências à imobilização e mais por notarmos em leituras de trabalhos recentes que se a expõe sumariamente, sem lhe dar a devida valia e às vezes de modo esporádico.

Os relatórios de Ingelrans (1932), Allende e Jaureguy (1935) fazem referências, como complemento aos vários processos cirúrgicos, sem no entanto referir seus efeitos próprios que o fazem se constituir em método de tratamento.

Tão diferente, em suas repercussões gerais, é a evolução da osteomielite aguda quando se processa sob o aparelho gessado imobilizador conveniente, em comparação com os outros métodos, que não associam este recurso desde a fase inicial do processo infeccioso, que permitiu uma atitude terapêutica de expectativa (Leveuf) ou conservadora (Wilensky). Sua indicação muito ampla oferece como vantagens principais o arrefecimento dos fenômenos clínicos locais, com benéfica repercussão geral, manutenção



do membro em posição correta e favorável e porisso deve ser sempre complemento a qualquer outro procedimento terapêutico.

E' por demais conhecida a evolução focal osteomielítica quando abandonada e as suas graves complicações, que constituem problemas terapêuticos de difficilima solução. Naturalmente, objectar, como o fez Lombard, casos deste gênero ao tratamento conservador, é compreender mal a ação real do gesso immobilizador, que é um agente profilático das atitudes viciosas e deformações e permite com o repouso do membro uma natural reparação dos tecidos.



4.ª Radiografia



5.ª Radiografia

4.ª radiografia — sob gesso. Começa a reconstituição óssea. Temperatura praticamente normal, estado ligeiramente sub-febril.

5.ª radiografia — Clichê tomado 90 dias após o início da doença. Franca reconstituição do colo femural. Punções repetidas mostram inexistência de puz. Continúa a imobilização, em aparelho gessado pelvi-crural.

Leveuf (1937), cujos trabalhos sôbre a osteomielite aguda tiveram tão grande repercussão há alguns anos, em suas últimas publicações tem tendência a adotar uma orientação nitidamente conservadora. Descrevendo uma observação clínica, de prognóstico grave, de focos múltiplos de osteomielite com persistência prolongada de sinais septicêmicos, assim se refere: "Durante os três primeiros anos de estadia no Hospital Bretonneau, oito meninos morreram nestas condições; desde que prescrevi a expecta-

tiva rigorosa e a imobilização gessada, isto é, desde os outros três anos, tive a agradável surpresa de não perder nenhum doente, mesmo nas formas as mais graves, análogas às que vos apresento hoje". E resume mais adiante as suas conclusões: "Mais esta observação e as radiografias que vos projetei provam que, sob o ponto de vista local, isto é, no que respeita a evolução dos focos ósseos e das artrites supuradas de vizinhança, a abstenção e a imobilização gessada dão resultados notáveis. Ossos que parecem inteiramente destruídos pela supuração (simples ilusão radiográfica), que eu teria outrora ressecado sem hesitar, curam ou bem de maneira completa ou bem com sequelas relativamente pouco importantes".

Afirmativa idêntica fez Boppe, seguindo seus doentes desde o início da imobilização.

Esta maneira de compreender a evolução da osteomielite aguda e daí deduzir o conveniente tratamento, há mais tempo foi explanada por Wilensky, autor norte-americano dedicado ao seu estudo, há alguns anos, em publicações sucessivas, desde 1926 até muito recentemente. Este cirurgião, que teve o mérito, por suas pesquisas, de aclarar uma série de problemas conexos à evolução aguda osteomielítica, adota também um semelhante modo de tratar, do qual deduz os seguintes benefícios e vantagens:

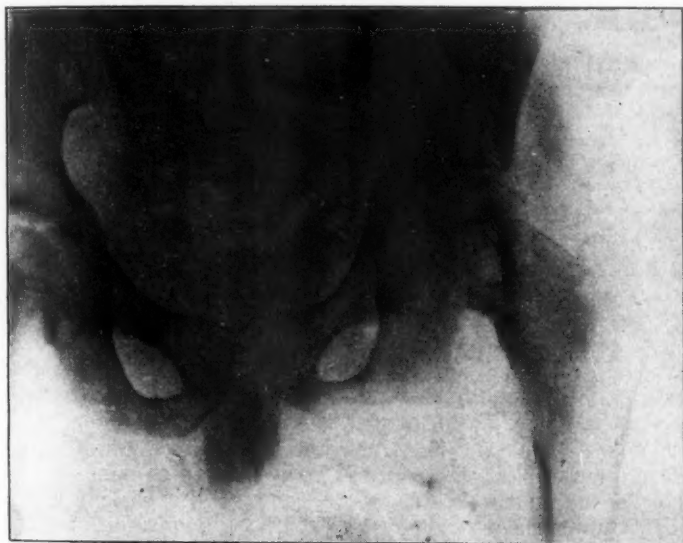
- 1) mínima chance de extensão da lesão trombo-flebítica ou trombo-arterial, com todas as consequências préviamente delineadas;
- 2) conservação de tecido ósseo, importante como componente articular;
- 3) ação de evitar sequestrostomia secundária, tornando-se necessária mais raramente;
- 4) o método conservador pareceu em minha experiência evitar frequentemente complicações locais, com especial referência aos distúrbios de crescimento e outras deformidades.

Goldenberg (1942) num estudo da osteomielite aguda do peroneo, evidencia e documenta esta mesma evolução.

Adotado este critério, reconhecida a possibilidade da regressão espontânea de certas osteomielites agudas, assim como conhecida a evolução natural do foco, mais racionalmente se aplicam as intervenções cirúrgicas referidas e indicadas desde os iniciais estudos sobre a osteomielite.

*Intervenção cirúrgica retardada.* — Nesta base instituiu-se como método de conduta, a intervenção cirúrgica retardada, mantendo-se o doente sob estrita observação, com o aparelho gessado de imobilização. O osso não apresenta lesões aparentes à

radiografia, mas o abcesso sub-perióstico constitúe-se muito rapidamente, em poucos dias. Nesta fase é que mais frequentemente tomamos contacto com estes doentes. Wilensky, desde que esteja bem formado o abcesso, recomenda a incisão para drenar o puz e continúa a imobilização. Porém Leveuf (1936) mostra as vantagens em retardar a abertura do abcesso, até a defervescência dos fenómenos gerais, não sendo raro observar-se com esta temporização a absorção quasi total do puz: "Quando se incisa o abcesso sub-perióstico, após a defervescência da febre,



6.ª radiografia — 5 meses após o início do processo. Completa resecção do colo, notando-se apenas uma imagem vacuolar ao nível da metáfise. Notar — fase inicial muito grave, com impressão clínica de septicemia hipertóxica. No entanto, o processo ósseo foi estritamente localizado e graças à imobilização não teve maiores consequências funcionais, não se havendo formado sequestros nem fístulas.

escôa-se uma quantidade mais ou menos abundante de líquido purulento, às vezes hemorrágico, no qual flutuam grandes flocos. Eu não saberia dizer si estes flocos às vezes muito abundantes, são constituídos por fibrina ou por tecidos mortificados. O abcesso uma vez evacuado não é necessário drenar. A coleção parece ter perdido toda a virulência e toxidês. Certos abscessos volumosos são mesmo capazes de se reabsorver espontaneamente" (Leveuf).

Grégoire (1936) julga muito razoável esta temporização, tendo podido observar, a coberto da vacinação, os seus excelentes

resultados. Philipowicz (1937) julga importante a ação da vacina e insiste no seu uso. Orienta da mesma forma o tratamento e se mostra contrário à trepanação. Durante dez anos tratou 47 casos com uma morte, sendo muito raras as complicações imediatas, e quando surgem são também tratadas pelo método conservador, tendo observado idêntica evolução.

Uma das objeções mais sérias à intervenção de drenagem retardada do abscesso é a possibilidade da contaminação articular por invasão do puz. Mathieu considera este grave risco para contra-indicar esta conduta, embora não veja o mesmo inconveniente nas sinoviais que reagem conjuntamente com o processo osteomielítico, tal como a coxo-femural, que se adapta desde o início, melhor se defendendo da infecção.

O mecanismo da artrite concomitante à osteomielite aguda não é por invasão brusca purulenta, mas por contaminação paulatina, tanto que é muito frequente ser o derrame articular simplesmente de reação da serosa.

Na observação continuada do desenvolvimento da infecção focal, já então com o auxílio da radiografia, verificamos as várias modificações ósseas, com suas consequências, a formação ou não de sequestros, tamanho e situação destes. Caso não haja sequestros, pôde-se dar a cicatrização espontânea do orifício de drenagem do abscesso sub-perióstico e cura definitiva. Porém, si os sequestros se tiverem formado, faz-se mistér a sua extração cirúrgica, isto é, sequestrotomia. Oferece o método neste tempo a sua maior vantagem, a de intervenção calculada previamente, com indicação precisa e de finalidade estudada.

A ocasião de intervir para a retirada dos sequestros parecem-nos da maior importância. Wilensky julga "o momento mais oportuno de remoção do sequestro, após ter desaparecido e acalmado completamente os sintomas locais e gerais da infecção, quando as condições gerais do paciente sejam as melhores possíveis, outras coisas sendo iguais, e quando o problema tornou-se de remoção de um corpo completamente estranho".

Assim também cremos que este momento deva ser bastante retardado, até que o sequestro esteja totalmente desprendido dentro do osso. Além de ser verificável a sua grande redução de volume à medida que se permite a sua franca libertação, sem podermos afirmar, é questão muito debatida, temos a impressão que o sequestro, neste período de evolução, resultado local de intensa destruição sofrida pelo osso, tem uma função local útil na sua reconstituição.

Ollier, com sua aguda observação, assinalou este fato, que tem suportado contradição de outros autores. Em algumas outras circunstâncias o sequestro volumoso é verdadeiro tutor na fase reconstrutiva, como a encaminhar a direção da formação óssea, claro que sempre auxiliado pela imobilização, porque não

existe paralelo comparativo na observação desta fase quando se conserva o membro afetado livre, pois deste modo a atitude viciosa, deformações ou pseudartrose sobrevêm certamente, acarretando maior extensão na destruição óssea e na sequestração, com tendência a isolar os sequestros da continuidade do osso.

Outra vantagem em retardar a sequestrotomia é a maior facilidade na extirpação, portanto com um mínimo de traumatismo ósseo, preocupação que deve ter o cirurgião afim de evitar pequenas necroses post-cirúrgicas.



7.ª radiografia — Desaparecimento quasi completo da imagem vacuolar assinalada na radiografia anterior. Doente curado sem recidiva até então, 1 ano após o término do tratamento.

Philipowicz (1937), atribuindo à ação da vacinação, observou esta mesma evolução das lesões ósseas e opina pelo maior retardo da extirpação do sequestro, que funciona por vezes como um enxerto ósseo.

A máxima asepsia neste tempo cirúrgico é de rigor, para não se superajuntar novas infecções, capazes de fazer redundar em fracasso o método terapêutico. Insiste Wilensky: "O maior cuidado em todas as manipulações operatórias para não causar indevidas mutilações e também prevenir maior extensão da trombo-flebite, que se tornará a causa principal de subsequentes exacerbações ou recrudescências no mesmo foco ou na produção de outros focos".

Extirpados os sequestros, a cavidade deve permanecer amplamente aberta, variando o método de drenagem com gaze simples, vaselinada (Orr), gaze com antisepticos, iodofórmio, bismuto (Wilensky) e continuando a mais estrita imobilização. Quando o foco de infecção se esteriliza totalmente, deve-se seguir a cicatrização completa.

*Intervenção precoce.* — Antepõe-se a esta orientação conservadora de expectativa, sob estrita imobilização gessada, a diretriz terapêutica da intervenção focal precoce.

Deve ser compreendido por intervenção precoce a que é executada assim que os fenómenos clínicos de localização se esboçam, permitindo o diagnóstico clínico.

A intenção deste procedimento é impedir a difusão da supuração, dando saída ao puz à medida que se forma, ao tempo que pretende diminuir ou fazer desaparecer mais rapidamente os fenómenos tóxicos de infecção geral.

E' excepcional esta oportunidade, porque o diagnóstico de certeza na grande maioria dos casos se faz quando o abscesso sub-perióstico está formado, de modo que a intervenção é praticada geralmente neste período.

Tem sido esta a orientação clássica no tratamento da osteomielite aguda, influenciada direta e indiretamente pelos trabalhos de Lexer, Lannelongue e outros, nos últimos anos do século XIX. A indicação da intervenção e o tipo variaram no entanto conforme os cirurgiões, mas conservando o princípio essencial de intervir cirurgicamente de urgência.

Consiste o ato cirúrgico na drenagem do abscesso sub-perióstico em exclusivo, ou nesta mais trepanação do osso, variando de modalidade a sua execução. Perduram sem maior diferença estes diferentes modos de proceder, e curioso é notar-se, nos trabalhos mais antigos e mais modernos, identicas discussões e apreciações dos mesmos fatos, sem ter havido conclusões satisfatórias, continuando as mesmas dificuldades e deficientes resultados.

Instituída como base a necessidade da intervenção cirúrgica, surgiu desde logo um primeiro fato que dividiu as opiniões si a infecção podia ser puramente sub-perióstica e aí ficar confinada, ou si provinha sempre da medula óssea como infecção primária, e seria então secundária à supuração sub-perióstica. Devido a esta última concepção, exaustivamente difundida por Lannelongue, surgiu a trepanação sistemática do osso, porque só assim seria possível a drenagem suficiente da supuração. Porém observou-se que, em algumas circunstâncias, bastava a drenagem do abscesso sub-perióstico para arrefecer a infecção óssea, com resultados clínicos idênticos aos da trepanação.



Em razão naturalmente dos resultados inconstantes na execução simples destes tratamentos, modificações técnicas de execução foram sendo adotadas. Por indicações diferentes determinava-se apenas puncionar o abcesso, ou esvaziá-lo por incisão mínima ou por incisão ampla, com permanência de drenos ou sem estes.

Na trepanação do osso também variou a maneira de executar a abertura do canal medular, desde as perfurações única ou múltiplas sobre a metáfise em direção para cima ou para baixo, até a larga abertura e exposição do canal por ressecção ampla duma das paredes ósseas.

Diversificou-se também, nos métodos, o modo de estabelecer a drenagem, tendo sido utilizados os feitiços mais diferentes e os antisépticos os mais diversos, a cada um se atribuindo por vezes os melhores resultados obtidos.

Si havia sido protelado, por qualquer causa estranha, o momento da intervenção, e era atingido o foco osteomielítico no intenso período da destruição óssea, as extensas ressecções se tornavam obrigatórias.

A falta de conhecimentos exatos da evolução da osteomielite aguda não dava apóio aos insucessos verificados e a causas de ordem local se atribuiu o prolongamento da infecção.

Notamos assim uma gradação de intervenções, todas praticadas em épocas mais anteriores e extensivamente comentadas, que continuavam a ser em trabalhos mais recentes vivamente discutidas, geralmente com os mesmos fundamentos, não diferindo os conselhos de tratamento em uns e outros.

Ollier, que em sua época representou um espírito cirúrgico de grande progresso, em seu "Traité des Resections", assim se expressou: "Em presença duma osteite aguda que os antiflogísticos usuais não puderam dominar, a primeira indicação cirúrgica a cumprir é debridar largamente o periósteeo para fazer cessar a dor e o estrangulamento antes da formação do puz e para evacuar o puz si a supuração já está estabelecida. Si a lesão parece unicamente perióstica, si o puz não contém nenhuma gotícula oleosa, deve-se geralmente limitar-se a esta incisão e esperar. Mas si os acidentes são graves, si o descolamento do periósteeo é extenso e si se nota a região juxta-epifisária a nú, si sobretudo se vê o puz surgir sobre o limite da cartilagem conjugal que comepa a se descolar, é preciso então aplicar neste nível uma ou diversas corôas do trépano, afim de penetrar nos espaços medulares". E arremata em seguida: "Estas trepanações feitas antisépticamente, não acarretam necrose, elas são ao contrário o melhor meio de preveni-la" (pag. 420-421).

Estas indicações, anteriores aos estudos fundamentais sobre a infecção osteomielítica, fruto da observação perfeita, expõem uma orientação em tudo semelhante à de autores atuais. Sob

a influência dos estudos de Lannelongue, Mauclair (1896), assim expõe a orientação dominante da época: "Desde que o período inicial do aumento de volume indica a existência da supuração da medula, é preciso intervir. Já J. L. Pétit fazia a trepanação do osso na osteomielite; Morven Smith, Brodie, Stanley, Nélaton, Gosselin, Ollier e sobretudo Lannelongue recomendaram este método terapêutico, mas não foi sem encontrar muita resistência da parte dos autores que pensam nos casos em que a supuração é unicamente sub-perióstica, a incisão do abcesso sub-perióstico é suficiente. Entretanto a medulite sendo constante, é preciso trepanar o osso para dar saída ao puz medular".

Com o decorrer dos anos firmou-se, como regra geral, de conduta terapêutica, marcada tendência para a larga trepanação. Lériché (1926) expõe a técnica duma muito ampla exposição do osso e acrescenta com insistência, a necessidade e as vantagens de se seguir a esta intervenção a imobilização gessada rigorosa e os curativos raros, afim de não perturbar a evolução focal por reinfecções e dores provocadas pelos curativos.

Ingelrans e Le Fort (1932) orientam o seu procedimento de maneira idêntica, isto é, intervenção precoce e trepanação larga. Mathieu reconhece também todas as vantagens na intervenção precoce, mas se insurge por ser excessiva, contra a larga trepanação, pois é suficiente a incisão do abcesso e drenagem do puz intra-ósseo através duma pequena abertura da cortical óssea. Executa o esvaziamento ósseo ou eventualmente a resecção diafisária só após, em média, um mês.

Estes trabalhos, colhidos de autores diversos em épocas diferentes, representam a orientação e procedimentos mais generalizados, constituindo-se como diretriz clássica de tratamento. No entanto, não se tornou uma orientação de todos este modo de proceder, havendo um grande número de cirurgiões, mesmo em outros tempos, que não aceitam a trepanação e que se limitam apenas a incisar o abcesso sub-perióstico sem nunca incidir sobre o osso. E' lógico esse procedimento, por ser pouco traumatizante, não provocar mais intensa disseminação da infecção e não prejudicar os doentes, já muito intoxicados.

Embora seja atualmente de todos reconhecido que a osteomielite aguda hematôgena inicia sua evolução na intimidade da metáfise, a sua drenagem pôde se fazer através dos canais de Havers, da profundidade à superfície, o que aliás já havia sido visto por Lannelongue, que justificava a trepanação afirmando: "Nisto (trepanação) não se faz sinão imitar a natureza, que prepara a saída do puz pelo aumento dos canais de Havers".

Segundo Ingelrans (1932), Allende (1935), o maior número de cirurgiões alemães tem esta orientação. Realmente Lâwen (1939) faz notar que, no Congresso Alemão de Cirurgia (1894) a maior parte dos cirurgiões restringia-se a indicar a incisão sub-



perióstica, porém Küster e Karewski, Nasse, Heidenhain, Körte, opinavam pela necessidade da trepanação. Esta divergência de conduta persistiu nos anos subsequentes, sendo Vorschütz, Oehlecker, Fründ, Körte, Nordmann, Fiedermann, Magnus, tavoráveis à trepanação. Lāwen nos casos agudos incizou só o abcesso 150 vezes, uma vez praticou perfuração e 17 vezes trepanação larga. Procedeu a uma revisão nas publicações de 97 autores que nos ultimos 25 anos escreveram sobre o tratamento da osteomielite aguda hematógena dos ossos longos, e verificou que 34 praticam por princípio trepanação larga, 9 trepanam só em casos graves, 8 praticam perfurações no osso e 38 incisam só o abcesso, e escreve: "Esta revisão, que não pretende ser completa, dá uma impressão da posição atual internacional da técnica na operação precoce da osteomielite aguda dos ossos longos".

Sauerbruch (1938), no entanto, opina que nem sempre a osteomielite aguda é indicação para operação imediata, e se resume à incisão do abcesso após um período de observação, porque existem casos que se curam sem intervenção.

Agora, como antes, um problema de difícil solução é saber qual o meio terapêutico que evite com mais constância o prosseguimento da destruição óssea. Entre os autores que fizeram os primeiros estudos mais concatenados da questão, muito se discutiu sobre a existência da forma isolada anátomo-clínica do abcesso sub-perióstico, porque era fato observável, a drenagem única do abcesso ser suficiente como tratamento. Aqueles que indicavam a trepanação sistemática mostravam as modificações ósseas posteriores à simples incisão e argumentavam que esta intervenção não impedia essa destruição. Mas, também, a trepanação não é capaz de sustentar ou impedir e sim apenas perturbar a fase destrutiva, pois na fase inicial é difícil, sinão impossível, determinar a extensão do processo e realizar cirurgicamente a separação do tecido ósseo desvitalizado, tornando-se porisso uma intervenção às cegas, ou melhor, sem limites definidos em sua execução.

Atualmente um melhor conhecimento da evolução do foco osteomielítico só deixa válido na argumentação da intervenção precoce, a possibilidade de que a exteriorização mais ou menos rápida do puz diminua os fenômenos tóxicos gerais e eventualmente a sua difusão local atravez dos espaços sub-perióstico e medular.

Um estudo crítico e comparativo destes dois procedimentos implica em lembrar os conhecimentos básicos da infecção osteomielítica, que não têm sido considerados, assim como se torna falho discutir os seus resultados com fundamento extrito na aplicação dum ou de outro método.

Para comparar realmente tais efeitos, seria necessário atender a fatores muito difíceis de serem apreciados, que não são

geralmente referidos, tais como o impedimento da extensão das lesões ósseas, a duração da doença e os seus resultados definitivos.

Ora, diz muito acertadamente Leveuf, "o dogma da intervenção de urgência entrou desde tanto tempo nos hábitos, que os doentes são de imediato incizados, trepanados, às vezes mesmo ressecados. Depois os cirurgiões discutem sobre o valor destes diferentes métodos, mas somente comparando-os entre si. Ninguém dá, como ponto de reparo válido, como base sólida de discussão, a marcha natural da doença, que se propõe corrigir por uma terapêutica médica ou cirúrgica".

Estabeleceu Rost (1920), sob este ponto de vista, um trabalho comparativo dos mais úteis e interessantes. Reuniu os casos de osteomielite aguda operados na clínica de Heidelberg em vinte anos. Anteriormente a conduta de sempre, de Wilms, era a incisão simples do abscesso sub-perióstico, e em 156 casos assim tratados, a mortalidade foi de 7%; com Enderlen passou-se à rotina de trepanar o osso sistematicamente, e em 70 casos houve uma mortalidade de 14%. Além deste aspecto global da mortalidade, verificou que as complicações evolutivas precoces, tais como focos secundários de osteomielite e complicações articulares, foram duas vezes mais frequentes, quando se fez trepanação, do que na incisão do abscesso. Quanto à formação de sequestros e à duração do tratamento, observou que não mostravam diferença.

Este estudo é dos mais notáveis pelo transcurso do anos e pelo número de doentes observados, e podem servir suas conclusões como regra de conduta.

Axhausen (1928) lembra a comparação estabelecida por Hefrich, da Greifswalder Klinik, que durante 3 anos incidiu simplesmente o abscesso sub-perióstico e em igual tempo praticou em todos os casos a trepanação, tendo chegado ao mesmo resultado de Rost, isto é, o dobro de mortalidade imediata para a trepanação precoce (Philipowicz).

Lichtenauer (1939), da clínica de Rostock, indica como critério habitual a incisão sub-perióstica, como o fazia Wilhelm Müller. Em 88 casos, 10 foram trepanados, não notou mortalidade imediata mais elevada, porém foi a formação de sequestros em geral tão frequente como nos casos tratados pela simples drenagem do abscesso.

O fato da trepanação precoce ser causa de maior agravamento geral por disseminação séptica, provocada pela intervenção, é corroborado por grande número de cirurgiões e constitui o fundamento principal da sua contra-indicação.

Boppe faz-se mais explícito quando afirma que não só este risco se faz correr ao doente, mas se deve pensar na própria intervenção, que não raro agrava de imediato o estado geral, já seriamente atingido e profundamente intoxicado.

(Continua no próximo número)

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 1.º DE AGOSTO DE 1945

Presidente: Prof. Eduardo Monteiro

**A Penicilina intrarraquidia na tabes.** — Dr. Luiz Salles Gomes — O A. apresentou um caso de um doente de "tabes dorsalis", com 78 anos, apresentando paralisia dos membros inferiores, dores fulgurantes frequentes e severas, distúrbios gástricos, incontinência urinária inicial e mau estado geral, tendo a moléstia aparecido mais de 50 anos após o acidente sífilítico inicial, fez-se um tratamento intensivo com penicilina. O medicamento foi injetado no raque diariamente, durante 7 dias, em doses crescentes de 15.000 até 82.500 unidades Oxford. Simultaneamente foram também injetadas, no músculo doses que variavam de 50 a 90.000 unidades, em 24 horas e durante 10 dias. A dose total dada no raque e no músculo atingiu 1.110.000 unidades em 10

dias (297.500 intratecaes e 812.500 intra-musculares).

Ao finalizar este tratamento, o doente sofreu forte crise gástrica, que o prostrou por alguns dias e que foi seguida de uma crise vesico-prostática. Discute-se a possibilidade de estarem estas crises na dependência de uma grande alcalinização sofrida pelo organismo, devido à própria penicilina sódica injetada e também as altas doses de soro glicosado, dadas para contrabalançar o profundo estado de adinamia do doente.

Os resultados observados entre 48 e 60 dias, após o tratamento, podem ser assim resumidos: — Clínicos: melhora de cerca de 75% sobre as dores fulgurantes (frequência e intensidade) e total sobre a incontinência urinária que se manifestará alguns dias antes



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84-4.º

**Hormopancreatino Masculino**

Soro Hormônico Masculino ativado com extratos do parênquima pancreático.

**Hormopancreatino Feminino**

Soro Hormônico Feminino ativado com extratos do parênquima pancreático.

Regula os centros nervosos endocrino-simpáticos. É indicado no diabeta e nos desequilíbrios da nutrição geral. Nas hipertensões e dores da região precordial (angina).

Resultados verdadeiramente notáveis em todas as manifestações do hipertireoidismo.

DÓSES: UMA AMPOLA DIARIAMENTE. (Intramuscular)

do tratamento. Os distúrbios gástricos desapareceram e o estado geral foi grandemente melhorado. Houve volta dos reflexos cutâneos-plantares e de ligeira reação pupilar à luz, ambos ausentes antes do tratamento. Humorais: (liquor) — acentuadas melhoras tanto citológicas como nas reações globulínicas (Pandy, Weichbrodt, Takata-Ara) no teor de albumina e na reação de benjoin coloidal, especialmente na sua zona intermediária ou parenquimatosa; (sangue) — ligeira diminuição na positividade (R. de Wasserman e Kahn).

Baseado na presente observação, que parece ser a primeira feita entre nós sugere-se que no tratamento da neuro-sífilis se possa talvez aumentar a dose habitual de 20.000 unidades diárias, no raque, para 40 ou 50.000, isso sem maior perigo para os doentes e com probabilidades de muito maior proveito".

#### As possibilidades da via arterial

— Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. fez o histórico do uso da via arterial em medicina, tanto para fins terapêuticos como para fins semiológicos, mostrando que o grande impulso dado ao método foi devido às observações de Egas Moniz, em Portugal, que, ao fazer encefalografias por via carotidiana, observou a melhora dos doentes.

No seu apanhado, o A. mostrou os progressos feitos até nossos dias, salientando as vantagens do emprego das sulfanilamidas e da penicilina por via arterial nas infecções dos membros.

Citou os resultados brilhantes que tem colhido, entre os quais a cura abortiva da osteomielite hematogênica com penicilina por via arterial.

Descreveu as experiências que fez com as sulfanilamidas coradas (Rubiazol e Prontosil) na exploração arterial dos membros. Sobre esse assunto exibiu o A. um filme colorido, documentando as suas asserções.

44)

**A propósito de um granuloma provocado por esquistosoma localizado na medula produzindo síndrome paraplegica.** — Prof. Carlos Gama — O A. apresentando à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo um caso de localização medular de vos de Schistosoma Mansonii, teceu comentários sobre a importância crescente da Schistosomose no Brasil, particularmente em São Paulo, e salientou a raridade da verificação de lesões no sistema nervoso central, produzidas por esses vermes ou seus ovos, no homem.

A despeito da grande difusão do mal no Brasil, devendo consequentemente ser numerosas as publicações a respeito, em rápida revisão bibliográfica pode apurar que os índices catalogos médicos brasileiro e paulista não referem mais que duas dezenas de trabalhos.

Também a primeira pesquisa no "Virchow's Archive" (1884 até 1934), e no "Quartely Cumulative Index Medicus" (1917 até 1940) não permitiu encontrar referências sobre a localização no sistema nervoso central na mesa cirúrgica.

No Handbuck der Neurologie, de O. Bumke und O. Foerster — Vol. XIV — Neurol. especial VI — Medula e encefalo IV — Processos tumorais, acha-se uma boa referência sobre "os parasitas do sistema nervoso central". IV Schistosoma hematobium e japonicum (Schistosomiasis, Bilharziosis), pg. 342.

Depois de breves comentários colhidos de várias fontes, especialmente do livro "Precis de Parasitologie", de E. Brumpt — Masson e Cie. (1936, 5.ª edição), sobre a biologia do verme, seus ovos, micrécidias, hospedeiros intermediários (planorbis, oliváceos e outros australorbis, nigricans e outros) chamou a atenção para as recentes comunicações de Algeu Magalhães, Bezerra Coutinho, Meira Lins, Fernando Wanderley e Lauro Gama, em Pernambuco, donde proveio o paciente que deu causa à comunicação, e as de Leão de Moura (de Santos), João Alves Meira, J. J.

Maciel, Cesar Pinto, sobre a questão em São Paulo.

O paciente cujo caso motivou este trabalho foi enviado de Recife pelo ilustre neurologista Dr. João Marques de Sá, que o acompanhou durante um mês, desde que se instalara a paraplegia flácida, até a vinda para São Paulo.

Acompanhava-o uma minuciosa descrição do quadro clínico, terminando o dr. Marques de Sá por afirmar o diagnóstico de "Aracnoidite adesiva" (por neuromielite? Por infecção focal? Por uma parasitose?), que não conseguimos identificar. Operado o paciente pelo autor, com auxílio dos drs. Rolando Tenuto e Bernardo Blay Neto, foi encontrado um tumor fusiforme cinzento arroxeado, de limites imprecisos e circunscrito por reação inflamaória meningo-medular, na medula, cone, epicone e cauda equina.

Retirado na quasi totalidade o tumor, cujo peso atingiu 1,75 gramas, foi enviado para exame histopatológico, ao Dr. Walter E. Maffei, o qual identificou vários ovos de schistosoma Mansonii envolvidos em processo reacional necrotico e inflamatório, com grandes alterações do tecido nervoso circunvizinho e afirmou o diagnóstico de schistosomose Mansonii.

Feitas as necessárias ressalvas, quer parecer ao autor, que talvez seja este o primeiro caso mundial de Schistosomose Mansonii produzindo compressão medular, diagnosticado "in vivo", tratado cirurgicamente e medicamentosamente e no qual é lícito esperar-se uma evolução favorável, em virtude do bom estado geral, da falta de complicações hepáticas, esplenicas, intestinais, sendo que a mais acurada e minuciosa pesquisa de ovos de parasitas nos excretas, diariamente repetida continua negativa.

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,  
EM 11 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. G. Rosenfeld

**Contribuição para o estudo da imunidade na leishmaniose tegumentar americana** — Prof. Dr. Samuel B. Pessoa e Dr. Mauro Pereira Barretto — Os autores analisam a questão da imunidade adquirida na leishmaniose tegumentar americana, chegando à conclusão que tal imunidade realmente se desenvolve após a infecção. A resistência observada é, entretanto, em certo número de casos, precária, permitindo, assim, a longa sobrevivência do parasito no hospedeiro, e, possivelmente, em menor número de casos, a imunidade não se manifesta com aparição de formas mais graves da moléstia.

Quanto à imunidade experimental após inoculação de culturas mortas de leptômonas em macacos "rhesus", verificaram que, en-

quanto 100% dos animais não vacinados adoeceram quando inoculados com culturas vivas, dos vacinados, 66,6% não adoeceram, o que vem demonstrar que a inoculação de culturas mortas determinou aumento de resistência nos animais citados.

**Sobre as lesões iniciais na leishmaniose tegumentar americana** — Prof. Dr. Samuel B. Pessoa e Dr. Mauro Pereira Barretto — Após uma rápida análise da literatura, os autores descrevem as lesões iniciais da leishmaniose tegumentar americana, documentando fotograficamente alguns casos estudados. Estas lesões se apresentam, em geral, sob a forma de pápulas ou nódulos dérmicos, pruriginosos ou não, dolorosos ou não.

Freqüentemente são acompanhadas de adenite satélite, constituindo, assim a lesão leishmaniótica inicial um verdadeiro complexo cutâneo-ganglionar. Não há, porém, linfangite, assim como sintomas gerais atribuíveis à infecção. O exame microscópico de material das lesões, tanto em esfregaços como em cortes, revela de ordinário grande quantidade de parasitos que também são encontrados muito precocemente nos gânglios aumentados de volume.

Histologicamente, observa-se forte acantose com formação de pérolas córneas e crostas para o lado do epitélio, e infiltrado linfoplasmo-histiocitário do derma, infiltrado este que é ora difuso ora focal; neste caso, podem-se observar acúmulos centrais de histiócitos cercados de orla linfoplasmo-citária, que constituem as "clareiras" de Montenegro (1924) ou "centros claros" de Buss (1929).

A transformação da pápula ou nódulo em úlcera se dá em virtude de necrose que se assesta no derma infiltrado e que, precocemente atinge o epitélio. O epitélio lesado acaba por se destacar condicionando o esvaziamento do material necrótico da lesão. As vezes, um traumatismo dá início à ulceração.

**Sobre a localização dos parasitos nos tecidos e a intensidade do parasitismo na leishmaniose tegumentar americana** — Prof. Dr. Samuel B. Pessoa e Dr. Mauro Pereira Barretto — Os autores, confirmando as observações anteriores de outros pesquisadores, mostram que as leishmânias, se bem que em cortes possam se apresentar extracelularmente, de ordinário, são vistas no interior de elementos histiocitários. Apenas ocasionalmente aparecem no interior de polimorfonucleares neutrófilos. Nunca puderam verificar, tanto em cortes como em esfregaços, a presença de leishmânias no interior de linfócitos, assinalada por Rao (1910), de eosinófilos observada por Pedroso e Silva (1911), de células epite-

liais, descrita por Terra (1913), de gigantócitos, mencionada por Klitz e Lindenberg (1923) e Buss (1929), de células do endotélio vascular, relatada por Migone (1913), de fibras musculares das arteríolas, verificada por Vianna (1914), de plasmócitos ou de elementos fixos do tecido conjuntivo.

Quanto à intensidade do parasitismo, depois de discutirem as opiniões divergentes dos vários pesquisadores, mostram que as leishmânias são muito abundantes nas lesões iniciais papulosas ou nodulares dérmicas que podem, com freqüência, mostrar números extremamente elevados de parasitos. As leishmânias são ainda muito numerosas nas margens das lesões ulcerosas jovens e com tendência a rápido progresso. Nas lesões velhas, de evolução tórpida, e nas formas verrucoso-papilomatosas, as leishmânias, de ordinário, são escassas ou mesmo, podem estar ausentes, embora, às vezes, nestas últimas, possam ser encontradas em números bem elevados, tanto em corte como em esfregaços. Nos gânglios linfáticos, nos cordões linfagíticos ou nos nódulos desenvolvidos no trajeto dos linfáticos o parasitismo geralmente é pequeno, sendo a natureza leishmaniótica do processo reconhecida, às vezes, apenas pela cultura do material obtido assépticamente. As lesões mucosas, relativamente ao parasitismo, comportam-se de maneira idêntica às cutâneas.

No determinismo do número de parasitos encontráveis em uma dada lesão, além do fator individual, que condiciona a evolução da pápula ou nódulo inicial para este ou aquele tipo de lesão, tem importância muito grande, entre outros fatores, a idade do processo, o estabelecimento de infecções secundárias e a instituição do tratamento.

Na dependência do número maior ou menor de leishmânias presentes está a possibilidade do encontro destas aos exames rotineiros em esfregaços. Nas lesões iniciais



não ulceradas e nas formas ulcerosas jovens, ainda não intensamente infectadas por germes piogênicos, a percentagem de positividade dos exames diretos em esfregaços é de 100%, desde que o tratamento específico ainda não tenha sido instituído. Do segundo até o sexto mês, as lesões não tratadas, mas geralmente já infectadas por germes piogênicos, ainda mostram parasitas em 75% dos casos. Nas lesões crônicas, particularmente nas já submetidas a tratamento, só se encontram leishmânias em 20% dos casos.

Mostram, porém, que mesmo após a instituição do tratamento enérgico e prolongado, as leishmânias podem se mostrar presentes, às vezes, em números relativamente grandes.

Comparando os resultados obtidos na leishmaniose tegumentar americana com os conseguidos pelos autores que trabalharam com o botão do Oriente, chegam à conclusão de que, embora existam diferenças no tocante ao número de parasitos, encontrados nas lesões das duas moléstias, estas diferenças estão sujeitas a oscilações muito amplas; se no botão do Oriente a intensidade do parasitismo parece ser, de regra, grande, ele também pode ser pequeno ou as pesquisas podem mesmo dar resultados negativos. Aham, por isto, que não se pode aceitar como regra geral a conclusão de Buss (1929) de que o número de parasitos presentes nas lesões do botão do Oriente está para o encontrado nas lesões da leishmaniose americana, como o número de bacilos vistos nas lesões leprosas está para o observado nas lesões tuberculosas.

Comentários: Dr. E. Navajas — Pergunta aos AA. o que lhes forneceu melhores resultados para o diagnóstico, se a pesquisa direta dos parasitos ou a cultura.

Dr. Renato R. Corrêa — Interroga aos AA. se nas lesões leishmânicas antigas é comum a associação fuso-espirilar.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas — Pergunta aos AA. se também nos casos em que foi feita vacinação no homem, foi observada esta falta de proteção nos primeiros meses como fazem supor os casos de vacinação em macacos.

Prof. Samuel B. Pessoa — Ao Dr. E. Navajas — Nas condições em que trabalharam os exames para diagnóstico foram feitos sempre diretos. Não empregaram cultura para tal fim. Este processo foi usado somente quando para isolamento de raças de leishmânia para outros fins. Assim não podem responder qual dos dois processos é mais eficiente, porém pode assegurar que a cultura não é método prático para condições de campo, em que trabalham. Com efeito, exige este processo apurada técnica, sementeiras em vários tubos, 8 a 10, e condições de temperatura, não superiores a 27° ou 28°C, tudo isto dificultando sobremaneira seu uso como rotina nas campanhas sanitárias contra a leishmaniose.

Ao Dr. Renato Corrêa — Diz que é excessivamente freqüente nas zonas endêmicas a úlcera fagendênica. Em alguns postos do Serviço, cerca de 20 a 30% das úlceras eram devidas à associação fuso-espiroquética; também a associação da leishmaniose e associação fuso-espiroquética é muito encontrada. Nestes casos a leishmânia desaparece da ulceração, sendo raridade encontrar ambos os parasitos em uma mesma lesão. O diagnóstico no 1.º só poderá ser feito pela reação intradérmica.

Ao Dr. J. L. Pedreira de Freitas — Respondeu que realmente os casos de falhas da vacina se verificavam em maior número 1 a 2 meses após a aplicação das injeções; e assim nas suas estatísticas não computou tais casos como falhas devido ao tempo de incubação da moléstia, admitida como sendo de 1 a 3 meses. Verificou, todavia, o aparecimento da doença em indivíduos vacinados, 4, 5 e mais meses após a vacinação, o que mostra que, nestes casos, real-

mente não se estabeleceu a imunidade.

Dr. Gastão Rosenfeld — Quanto à imunidade o trabalho é muito interessante e focaliza pontos de grande importância. A leishmaniose tegumentar americana é uma moléstia que provoca forte imunidade como pode ser comprovada pela reação de Montenegro. Contradição curiosa é a que existe entre essa protozoose e a leishmaniose visceral americana e tripanosomose americana, que não provocam fenômenos imunitários, sendo as intradermos reações negativas nessas 2 últimas moléstias.

Quanto às lesões iniciais, os autores fazem bem em focalizar esta parte desconhecida na prática pelos clínicos, caso suspeitassem um simples exame direto da lesão resolveria o diagnóstico. Nunca tivemos na nossa experiência exames positivos das lesões porém em 100% dos casos, datavam sempre de alguns anos.

**Malária quartã** — Dr. Gastão Rosenfeld — (Trata-se de um doente enviado pelo Prof. Celestino Bourroul) — M. I., 44 anos, japonês; há 2 meses está doente, com o quadro clínico de malária, tendo febre pouco intensa e cefaléia acentuada. Veio do norte do Paraná nas proximidades de Cambará.

O exame de sangue que fizemos em 18-8-1944 mostrou: "Vários trofozoitos; vários esquizontes, raros com forma característica de faixa; vários esquizontes em divisão na maioria com 8, e 12 merozoitos no máximo, dispostos regularmente em volta de um aglomerado central de pigmento. Hemácias parasitadas sem deformação, não aumentadas de diâmetro, nem apresentando granulações. O diagnóstico específico de "Plasmodium malariae" foi baseado na falta de aumento do diâmetro em todas as hemácias parasitadas, ausência de granulações de Schüffner, presença de esquizontes em faixa, pelo número de merozoitos e sua disposição regular nas formas em divisão".

52)

O único interesse do presente caso é contribuir para documentar a presença e distribuição desta forma de malária, que ainda é muito rara na nossa região. Não é de S. Paulo, porém, veio de zona limítrofe e de localidade próxima de Ourinhos de onde foi descrito o primeiro caso.

**Comentários:** Dr. Mauro Pereira Barreto — Concorde com o autor quando atribui a raridade da moléstia entre nós, em parte a dificuldade de diagnóstico: possivelmente muitos casos passam despercebidos, rotulados com "vivax" por laboratoristas menos avisados. Mas, isto não indica que a malária quartã não seja realmente rara em nosso Estado e esta raridade real se explica talvez pela pequena capacidade vectora dos anofelinos em relação ao "P. malariae". Aliás, segundo a experiência da Boyd, nos Estados Unidos, o "A. quadrimaculatus", que é excelente vector do "P. vivax" e do "P. falciparum", transmite o "P. malariae" com tal dificuldade que aquele pesquisador se viu obrigado a interromper a passagem deste plasmódio de doente a são por meio daquele mosquito.

Dr. Renato Corrêa — A raridade do P. malariae será talvez devida a que este parasito fica principalmente no S. R. E., sendo raras as formas circulantes no sangue periférico.

Dr. M. Pereira Barreto — Talvez o Dr. Renato Corrêa tenha razão, mas freqüentemente observam-se altas parasitemias em indivíduos inoculados experimentalmente com "P. malariae". Nós mesmo tivemos ocasião de relatar aqui um caso de quartã naturalmente adquirida no Estado de São Paulo, em que a parasitemia era extraordinariamente grande, com muitos gametócitos no sangue. Quanto à retenção do "P. malariae" no S. R. E., a questão é difícil de ser esclarecida, mesmo porque os achados de formas exo-eritrocíticas no homem, particularmente em casos de quartã, são extremamente raros.

Dr. Renato R. Corrêa — Então porque só tão raramente surgem os casos de malária quartã?

D. M. Pereira Barreto — E' que a quartã é reconhecidamente uma forma crônica de malária, ficando o indivíduo parasitado por meses ou mesmo anos, a tal ponto dos antigos autores considerarem-na "longae" e Antolisei rotulá-la como incurável. Um indivíduo parasitado perambulando pelo nosso interior pode infectar aqui e acolá alguns mosquitos e condicionar o aparecimento de casos esporádicos e aparentemente desconexos da infecção.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas — Uma vez que se estão invocando argumentos dependentes do transmissor ou outros para explicar a distribuição geográfica tão irregular do "Plasmodium malariae", quero lembrar aqui uma recente comunicação do Dr. J. O. Coutinho e col. a esta Secção em que foi constatada a incidência de cerca de 50% de "P. malariae" em Caldas da Imperatriz, no Estado de Santa Catarina. Ora, naquela localidade o transmissor quase ex-

clusivo da malária é o "Anopheles (Kertzsia) cruzi" o mesmo transmissor que em outras localidades transmite as outras espécies de plasmódios.

Dr. M. Pereira Barreto — A verificação do Dr. Coutinho, lembrada pelo Dr. Pedreira de Freitas é sumamente interessante porque talvez indique que os anofelinos do subgênero "Kertzsia" sejam bons vectores do "P. malariae", condicionando o aparecimento de grande número de casos em regiões onde a sua densidade é grande e as condições de transmissibilidade boas.

Dr. Gastão Rosenfeld — A doença é rara. Encontram-se dezenas e centenas de casos das outras espécies e dificilmente mesmo o pesquisador prevenido encontra a malária quartã. E' um verdadeiro milagre que a moléstia continue a persistir em S. Paulo, quase sem doentes. O foco principal do Estado parece ser na zona limítrofe com o Estado do Paraná, pois há casos de Itaporanga, Camberê e Ourinhos.

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 6 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

**A convulsoterapia no tratamento da epilepsia** — Dr. Mario Yahn e Dr. Paulo F. Barros — Apesar de todas as dificuldades inerentes ao problema da epilepsia, é certo que ele vem sendo situado em posição cada vez mais favorável, de modo a podermos alimentar esperanças de o ver praticamente resolvido dentro de tempo maior ou menor. Não só em relação à etiopatogenia do ataque epilético, com o emprêgo do eletroencefalograma, das convulsões experimentais; mas também, no terreno da terapêutica, com a aplicação inteligente dos anti-convulsivos, da pneumoencefaloterapia e da própria convulsoterapia, motivo deste trabalho, muitos casos podem já ser solucionados.

A crítica experimental contra a idéia da espinha irritativa da córtex como desencadeadora do ataque epilético (Guitterries Noriega e outros) e a possibilidade de se combater as convulsões epiléticas mediante o emprêgo dos próprios agentes convulsivantes (Sal y Rosas) são as expressões mais curiosas em todo esse movimento que, na época atual, se faz a respeito do problema da convulsão epilética.

No intuito de apreciar, com rigor, a influência das convulsões provocadas artificialmente pelo cardiazol ou eletrochoque sobre a frequência das crises epiléticas espontâneas, foi que reunimos 9 doentes de sexo feminino e epiléticas antigas.

As nossas observações foram iniciadas em janeiro de 1942 e dadas por findas em março de 1944.

Embora o material clínico utilizado por nós não seja dos mais favoráveis, permite-nos, pelo menos, formular conclusões a respeito da influência da convulsoterapia cardiazólica e pelo eletrochoque na frequência das crises convulsivas dos epiléticos. Esse foi o nosso principal objetivo.

Em verdade, das 9 doentes que submetemos à observação, 7 eram epiléticas crônicas, com ataques muito freqüentes e com sinais psíquicos de "deficit", que, embora nem sempre pudessemos fazer depender da própria situação dos epiléticos, nos pareceram, porém, passíveis de se enquadrarem nessa filiação. As outras duas eram doentes encefalopatia infantil, isto é, com hemiplegia infantil, comprometimento psíquico e crises convulsivas freqüentes. Todas apresentavam desvios de conduta, quer por "deficit" psíquico, por irritabilidade, ou por perversões instintivas. São doentes de muitos anos e, porisso mesmo, difíceis de obter um benefício mais apreciável.

As convulsões provocadas, no entanto, conseguiram, em duas das nossas doentes, trazer benefício para o estado mental, mas as outras não foram influenciadas, sob esse ponto de vista.

As nossas observações e o quadro anexo permitiram-nos formular as seguintes conclusões:

1.º As aplicações do eletrochoque, mesmo sem a provocação de crises convulsivas determinaram uma redução na frequência de ataques, que atingia perto de 50 por cento.

2.º Quando chegámos a provocar ataques completos com o eletrochoque, houve tendência para uma diminuição ainda mais acentuada na frequência das crises comiciais.

3.º Depois de interrompidas as aplicações semanais de Eletrochoque, acentua-se ainda mais a redução da frequência dos ataques espontâneos. Num tempo variável

de, aproximadamente, 6 a 7 meses, já se manifesta uma tendência para a volta dos índices primitivos.

4.º Quando provocámos crises convulsivas mensais mediante o Cardiazól, verificámos que a incidência dos ataques era inferior àquela que fôra assinalada no período prévio de observação, mas também, que se tornava superior à incidência verificada durante o período de eletrochoque. No entanto após terminado o período de aplicação do Cardiazol havia melhora apreciável na incidência dos ataques, melhora essa mais acentuada do que a que tinha sido assinalada nos períodos, que se seguiam às aplicações do eletrochoque.

De tudo o que pudemos observar, parece-nos que tanto as aplicações de Cardiazol como as de eletrochoque, feitas com intervalos longos, um mês ou mais, trazem benefícios não só para diminuir a frequência das crises convulsivas como também para a melhora das próprias condições psíquicas dos pacientes.

Comentários: Prof. Paulino Longo — A título de contribuição desejamos dizer o seguinte: empregamos o mesmo método no tratamento de dois pacientes, nos quais havíamos esgotado os recursos habituais da terapêutica e que apresentavam crises convulsivas muito frequentes; um deles ao exame pneumo-encefalo-gráfico apresentava atrofia cortical. Fizemos uma série de injeções convulsionantes, semanais, durante 6 meses, e ambos os pacientes apresentaram nítidas melhoras, seja do ponto de vista psíquico, seja do ponto de vista da frequência das crises, que se reduziu acentuadamente. Estamos de acôrdo, quando o dr. Mário Yahn diz estar a epilepsia bem situada no terreno da terapêutica, mas acreditamos que muito falta para ser dada a última palavra, pois há setores ainda bastante confusos. Uma nossa paciente, com crises de epilepsia orgânica, operada no Rio de Janeiro, de um glioma cortical,

após um período de calma, passou a ter crises frequentíssimas, na qual, mesmo o Cardiazol intra-venoso foi por nós empregado sem resultado. Recorremos ao método de Cackel e, com nossa surpresa, a paciente melhorou consideravelmente e até hoje, isto é, há cerca de um mês, está passando muito bem. Como vemos, o terreno é ainda por vezes bastante incerto e cheio de surpresas.

Dr. Francisco Tancredi — Os A. A. situaram de maneira brilhante o conceito atual de epilepsia, especialmente frisando a convulsão como uma forma de reação nervosa peculiar a todos os animais vertebrados, embora variável em seus caracteres gerais, não só nas espécies como também em indivíduos, e ainda por particulares condições de momento. Evidentemente o sistema nervoso é irritável à ação dos tóxicos ou qualquer elemento cerebropático. A esse propósito os Autores também frisaram a questão do baixo limiar de convulsividade, passível de se transmitir por herança, constituindo a disposição convulsivante ou epilética. Tudo isso é muito interessante porque mostra a orientação terapêutica a seguir. Se se trata de um baixo limiar convulsivo, parece-nos mais lógico que o terapeuta deve procurar a elevação desse limiar mediante meios químicos ou outros. Parece-nos pois não ser muito justa a provocação de novas crises pela excitação elétrica, pois que devemos evitar convulsões ao máximo, e não provocá-las mesmo para efeito terapêutico, pois que cada crise convulsiva é capaz de formar novos focos epileptógenos, pelas próprias alterações vasculares encefálicas ocorridas em torno do antigo foco, durante o acesso. A esse propósito, entre nós há o interessante trabalho do Dr. Paulo Pinto Pupo, mostrando que as convulsões provocadas pelo Cardiazol determinam pequenas lesões vasculares e consecutivos focos atróficos capazes de desencadear futuramente pequenas crises convulsivas (casos de epilepsias

post-convulsoterápicas). Destarte parece lógico admitir que a convulsoterapia nos epiléticos poderá contribuir não só para a formação de novos focos epileptógenos, como também poderá conduzir ao aparecimento mais rápido da chamada demência epilética.

Dr. Paulo Pinto Pupo — Penso que, de fato, nos epiléticos comuns temos de evitar novas crises, de qualquer maneira. Mas por outro lado, nos epiléticos graves, principalmente naqueles com equivalentes psíquicos, podemos lançar mão até da convulsoterapia. Esta teria a finalidade de provocar no momento oportuno a descarga da energia condensada.

Dr. Mário Yahn — O problema da epilepsia ainda está envolto em mistérios e nós nos propusemos a contribuir para abordá-lo num dos seus aspectos. Os nossos doentes tomavam grandes doses de gardenal por dia. Conseguimos, mediante aplicação muito espaçada de eletrochoque, melhoras sensíveis na frequência dos ataques, apesar de termos feito também reduzir as doses de luminal. Creemos que a provocação de focos epiléticos em pacientes já epiléticos é um problema diferente do que o que resultaria da provocação dos mesmo focos em indivíduos, que nunca foram epiléticos. Além disso, o nosso material, sob o ponto de vista da epilepsia, era mau e justificava uma tal tentativa terapêutica. É evidente que qualquer abuso ou conduta intempestiva é condenável. Aliás, a intenção de fazer com que a crise que aparece no epilético espontaneamente, surja em local adequado e em ocasião favorável, é muito louvável e contribuiria para proteger o epilético de uma série de acidentes secundários desagradáveis.

**Pneumocele por traumatismo da região frontal** — Drs. Francisco Prudente de Aquino e Aluísio de Matos Pimenta. — Os autores apresentam-nos um caso de traumatismo da região frontal (coice de cavalo), que determinou gra-

ves conseqüências, tais como afundamento e luxação dos ossos próprios do nariz e região do seio frontal; supuração e fistulização da região interna da órbita direita e hemorragia nasal intensa.

O paciente permaneceu no Interior com curativos locais, até que, no 8.º dia apareceu-lhe secreção aquosa nantal e fortes dores de cabeça. Assim permaneceu sem apetite, com alternativas de cefaléia e temperatura elevada até que no 20.º dia do traumatismo, começou a falar em coisas desconexas (viagens), porém conhecia as pessoas. Veio à Capital onde consultou o Prof. Paulino Longo que encontrou: memória pregressa conservada. Inversão do ritmo do som. Onirismo; irritabilidade; completando pois o síndrome confusional poste-traumático.

Exame neurológico: normal.

Foi solicitado um exame de líquido que demonstrou predominância linfocitária cloretos nasais, aumento de células (24,4 x mm3) reações de Pandey, Nonne, Appelt, Weichbrodt — opalescentes, reações de Benjoim e Ouro para irritação meningea.

O exame especializado revelou: fistula supurada na região orbitária direita, com afundamento dessa região e ossos próprios do nariz. Secreção nasal aquosa com laivos de sangue.

Foi solicitada uma chapa radiográfica, pois suspeitávamos que o nosso paciente já apresentasse um foco de osteomielite, pois já eram decorridos mais de 30 dias do traumatismo.

Relatório do radiologista:

“São Paulo, 18 de fevereiro de 1944. — Francisco Júlio Filho. — Exame: Cabeça; frente e perfil. Mento-nariz e Rhese bi-lateral.

Indicação: Dr. Francisco Prudente de Aquino.

Examinando-se as radiografias nas várias posições observa-se uma imagem de pneumocrânio traumático na zona fronto-parietal direita.

Nota-se que houve introdução de grande quantidade de ar na zona acima descrita em conse-

58)

qüência à fratura cominutiva da borda posterior do seio frontal, do rebordo superior da órbita e do etmóide no lado direito.

Assim, a lesão assume o aspecto radiológico do chamado pneumatocele do tipo intra-craniano, tendo o ar, se colecionado profundamente no espaço sub-dural da região fronto-parietal direita.

O aspecto ovalar do pneumatocele exclui a existência concomitante do líquido.

Na radiografia mento-nariz-chapa, nota-se que a fratura é estrelada, cominutiva, havendo várias formações de esquirolas ósseas, atingido a parede posterior do seio frontal e o rebordo superior da órbita direita.

Na posição de Rhese direita, os vários traços de fratura são visíveis na face posterior do seio frontal direito e do etmóide.

(a) Dr. Carmo Mazzilli”.

“São Paulo, 30 de março de 1944. — Francisco Júlio Filho. — Exame: Cabeça-frente, perfil e mento-nariz-chapa (após intervenção cirúrgica).

Indicação: Dr. Francisco Prudente de Aquino.

Observa-se que houve grande diminuição do pneumocrânio, sendo que o ar colecionado não mais existe.

(a) Dr. Carmo Mazzilli”.

Foram solicitados igualmente exame de urina, tempo de sangria e coagulação, que nada revelaram de anormal. Pelo resultado da chapa, e como não tínhamos certeza que somente existisse ar na formação descrita radiologicamente, solicitamos exame do fundo do olho.

Exame feito pelo Dr. Paulo Braga Magalhães:

Nada foi encontrado de anormal no fundo do olho.

Estávamos pois habilitados a indicar o tipo de intervenção que foi realizado no Sanatório Esperança, juntamente com o Dr. Aloisio Matos Pimenta.

Descrição pré-operação e post-operatória:



Pré-operatório: Botrópase mais coaguleno (20 cc.) e nembutal (em cápsulas) de véspera e meia hora antes da intervenção (2 cápsulas).

Anestesia geral pelo fio-nembutal (pentotol-sódico)  $\frac{1}{2}$  grama em 10 cc. de água destilada.

Operação do Sr. L. F. J. F.

Após cuidadosa desinfecção da região dos super-cílios, procedemos à incisão, que se estendeu desde o rebordo externo da órbita direita até à raiz do dorso do nariz, a altura da região onde havia afundamento de parte dos ossos próprios do nariz. Prolongamos a incisão por essa região e estendemos por toda a região do super-cílio esquerdo até ao rebordo externo.

Como não encontrássemos o periosteio, aprofundámos a incisão até à luz dos seios frontais. Imediatamente saiu secreção purulenta em regular quantidade. A táboa externa do seio frontal estava destruída, numa altura de 2 cm. desde a porção média do seio direito, até ao seio frontal do lado esquerdo. Os ossos próprios estavam igualmente fraturados e afundados. Descolámos o periosteio nas bordas fraturadas e alargámos a incisão amplamente. Isolamos pois, um retalho para cima e outro para baixo, o que facilitou ampla exposição de ferida operatória. Curetámos cuidadosamente os seios direito e esquerdo, que se apresentavam cheios de uma massa purulenta, composta de restos ósseo da táboa externa tecido de néo-formação fibrosa e mucosa dos seios. Retirada toda essa massa, observamos que a táboa interna se apresentava fraturada e com soluções grandes de continuidade.

Retiramos cuidadosamente essa parede e expusemos a dura-mater.

Felizmente ela se apresentava íntegra e de coloração normal numa extensão de 4 cm. mais ou menos, à exceção de uma pequena superfície na porção média, onde a coloração era diferente das demais porções.

Após desinfecção com tintura de mercuriolate da superfície exposta

da dura, com agulha grossa fizemos uma punção na superfície que nos pareceu ser o ponto, onde antes sofrera uma solução de continuidade.

A agulha foi aprofundada numa distância de 3 a 4 cm. na direção do lóbo frontal direito: aspirámos cuidadosamente e apenas veio à seringa ar do pneumático, digo, da pneumatocoele em pequena quantidade (5 cc. mais ou menos).

Mudámos, a agulha ligeiramente para 3 ou 4 direções diferentes e nada mais obtivemos que pouco ar, pela aspiração da seringa.

Fizemos ampla drenagem pelo canal naso-frontal direito e colocámos um dreno de borracha (n.º 16). Espalhámos por toda a ferida operatória uma empola de Prontosil Rubrum. Após cuidadosa revisão e acerto das bordas ósseas e cutâneas, procedemos ao fechamento da ferida operatória com fios de seda. Curativo local com ligeira compressão.

Posto-operatório: Soro glicosado hipertônico na veia (20 cc. a 50%) mais Botrópase.

Após três horas acordou calmo e pouco a pouco voltou a si.

Pelo dreno nasal saía secreção pouco sanguinolenta, que foi aumentando até ao 4.º dia, quando se tornou serosanguinolenta.

Essa secreção saiu durante 8 dias mais ou menos. Curativos locais, que consistiam em lavagens pelo dreno com soro fisiológico e Dakin e após, instilação de Prontosil rubrum (em solução) pelo dreno, em dias alternados.

Os fios de seda após 8 dias foram retirados e a cicatrização deu-se por primeira intenção de toda a ferida operatória, conforme se pode verificar pela fotografia do paciente.

Pela destruição de parte da parede anterior do seio frontal, permaneceu ligeiro afundamento dessa região. O dreno foi retirado 8 dias após e substituído por outro até o 12.º dia, quando foi definitivamente retirada com a cessação da secreção sero-sanguinolenta nasal.

Não mais sentiu dores de cabeça, ou qualquer outro incomodo.

Alimentava-se perfeitamente bem e já começava a andar no seu quarto. Não teve temperatura ou outro sintoma, que nos preocupasse a não ser a cuidadosa observação da sua evolução e regressão dos sintomas.

36 dias após tirou a segunda radiografia, em que verificamos apresentar completo desaparecimento da pneumatocele. Por se achar bem, autorizamos o paciente a regressar à sua terra natal, com recomendações e tratamentos vitamínicos e reconstituinte geral.

Foram feitos comentários a respeito dos seus principais sintomas: rinorréia, pneumatocele, perturbações psíquicas. A rinorréia mostrava que as meninges foram porção do traumatismo atingidas, e decorrido quase um mês do acidente, ainda permanecia com solução de continuidade, não tendo a rinorréia cessado espontaneamente, prejudicando pois, que as medidas, quer de ordem clínica quer cirúrgica se faziam necessárias.

A ligeira anosmia que o nosso paciente sentia, indicava que a fratura se estendia desde a região frontal até à etmoidal anterior, respeitando a lâmina crivada do etmóide.

Após considerações de casuística e tratamentos cirúrgicos, os autores insistem na cuidadosa desinfecção nasal que nestes casos é primordial, para evitar infecções ascendentes. A pneumatocele estendia-se radiologicamente ao lóbo frontal e parietal direito. Classificam-se segundo Pancoast: em extra- e intra-cerebrais. Extra-cerebral assemelha-se a enfizemas cutâneos e são localizados entre o periosteio e paredes ósseas. Os intra-cerebrais, conforme a sua localização, podem ser:

- a) sub-durais
- b) sub-arachnóideos
- c) cerebrais
- d) ventriculares.

Radiologicamente encontramos coleções unilaterais de ar nos tipos sub-durais e cerebrais, nos tipos

sub-arachnóideos e ventriculares, imagens bi-laterais, devido à livre comunicação dos espaços.

No nosso caso, se bem que o aspecto radiológico seja de um subdural, não podemos deixar de pensar no sub-arachnóideo, pois a rinorréia demonstrava claramente que este espaço também foi atingido. As perturbações de ordem psíquica que o nosso paciente apresentou entre o 20.º e o 25.º dia, do tipo do síndrome confusional post-traumático, demonstrava claramente que o traumatismo intenso tinha irritado de uma maneira evidente o lóbo frontal. Felizmente a orientação conservadora e enérgica do nosso caso, a par do desaparecimento de todos os seus sintomas nos permitiu que no 36.º dia o paciente voltasse à sua terra natal, completamente bom, apresentando apenas ligeiro afundamento da tábuca externa da região frontal. As informações que temos tido, nos revelam que ele continua em boas condições.

Comentários: Dr. Aloísio Matos Pimenta. — Devido à raridade desses casos de pneumocele no Brasil, só conhecidas mesmo na literatura, esse trabalho me foi particularmente interessante e útil. Nunca vi um caso como esse. O tratamento foi conservador, e orientou um caso do Dr. Orestes Barini em que seguimos a mesma orientação. Ele está ainda em observação. E' um caso de traumatismo por queda de motocicleta, que sofreu na mesma região mais ou menos e da mesma forma como o Dr. Aquino disse. Esse doente tirou radiografia logo após o traumatismo, mostrando que não havia ar. Teve um período posterior de rinorréia e por ter perdido uma vista tirou uma 2.ª radiografia que mostrou a pneumocele. Mandámos então que ele evitasse se resfriar e pusesse vaso-constritores no nariz. Um mês depois tirámos outra radiografia, e esta mostrava reabsorção completa. Não havia sintoma clínico nenhum. E' uma raridade e o Dr. Aquino expôs muito bem o caso. O importante não é

o ar, mas sim a rinorréia. Uma rinorréia é uma meningite em perspectiva. Esse caso é mais outra prova que a atitude conservadora em relação à pneumocele, é por enquanto a melhor orientação.

Dr. Orestes Barini — Não sei como se explica o acúmulo de ar que tomou aquela disposição. A dor de cabeça talvez fôsse devida à irritação do córtex.

Dr. Otávio Leme — Como se explica o afastamento tão grande do polo frontal pela simples entrada do ar?

Dr. Celso Pereira da Silva — Como foram feitas as radiografias, em que posição? Qual lado que ficou para cima?

Dr. Paulo Pinto Pupo — O ar nas radiografias apresentadas é sub-dural e não subaracnoidiano.

Dr. Francisco Prudente Aquino — O Dr. Aloisio relatou-nos um caso de pneumatocele por queda de motocicleta, ressaltando a questão de intensidade do traumatismo. Na bibliografia americana também encontramos casos variados e interessantes, tal como o de um rapaz, que se projetou ao solo com um avião de treinamento primário. Teve a fratura da região frontal com enorme pneumatocele; tudo regrediu bem, apenas com a descompressão cirúrgica semelhante ao nosso e daí a 6 meses o paciente recebia o brevet de aviador.

Quanto à questão da localização da pneumatocele ventilada por vários colegas, também não deixo de salientar a dúvida que tivemos a respeito da sua situação e isso foi motivo de, por várias vezes procurarmos o Dr. Mazzilli, o radiologista que fez as chapas e trocar as idéias com ele.

A impressão inicial do radiologista era de uma pneumatocele sub-dural, pois a imobilidade assim fazia acreditar. Porém não podemos deixar de salientar que em razão do traumatismo, houve uma solução de continuidade no espaço sub-aracnóideo, o que determinou a rinorréia, a qual persistiu vários dias após o ato cirúrgico. Como o paciente veio ter a nossas

mãos um mês quase após o acidente, talvez que a imobilidade e delimitação da camada de ar, pudesse correr por conta de um processo de defesa do organismo e daí aceitarmos a localização sub-aracnóidea, se bem que não podemos desprezar a hipótese de ser sub-dural.

O fato é que verificámos pelas radiografias, o total desaparecimento da pneumatocele.

Quanto à posição do paciente ao ser radiografado somente posso informar ao colega, pois, isto é, mais questão de técnica radiológica, que as radiografias foram tiradas estando o paciente deitado. As posições pedidas eram mais no sentido da verificação de um possível processo de osteomielite em início, e qual não foi a nossa surpresa, ao ser chamado pelo radiologista para ser informado da presença da pneumatocele. Daí então solicitamos posições laterais de Rhese para verificação do estado da lâmina crivada do etmoide.

O Dr. Barini salientou a questão da introdução de uma agulha passando de uma região séptica para dentro da pneumatocele. Expliquei porém quais foram os nossos cuidados de técnica, para assim procedermos, pensando mesmo nos perigos a que estávamos expondo o paciente. Felizmente a desinfecção foi boa, não houve complicações e conseguimos a reabsorção da pneumatocele.

Quanto à pergunta sobre cicatrização per-primum, não há dúvidas, pois 8 dias após o ato cirúrgico retirámos os curativos e os pontos e a cicatrização era perfeita.

Assim permaneceu, e melhor do que nossas palavras, verificamos pela fotografia do paciente onde apenas se nota a cicatriz linear por onde foi feita a incisão.

Os sintomas de ordem psíquica, apresentados pelo nosso paciente fácil se torna compreender por causa de grande irritação provocada na massa encefálica pelo traumatismo.

Dr. Aloisio Matos Pimenta — Temos verificado casos ventricula-

res. Aqui o caso não é sub-arachnóideo no sentido de distribuição de ar, mas para que haja uma rinorréia é preciso que o espaço sub-arachnóideo seja rompido. Logo houve uma ruptura. Essa imagem não é sub-arachnóidea porque ela tem imagem típica e se espalha por todos os sulcos cerebrais. É sub-dural ou intra cerebral. Há casos de intra-cerebral com destruição dos tecidos cerebrais e a imagem é a da poroencefalia. Neste caso temos a impressão que seja intra-cerebral. Não tive prova porque não abrimos a dura. Então teríamos de admitir uma delimitação de tipo aderência duro-arachnóidea. A localização desta chapa não permite pensar em sub-arachnóideo. Como explicar o desaparecimento dos sinais clínicos? Primeiramente é no polo frontal cuja lesão se manifesta por uma compressão. Mesmo que haja destruição de tecidos cerebrais. De forma que, repetindo, a imobilidade do ar, diríamos que temos dúvidas

se é sub-dural, ou intra-cerebral. Se é sub-dural havia processo infeccioso banal, formando aderência e imobilizando o ar. Não há relação com a questão do traumatismo, mas sim com a rinorréia. Se o ar se instala sob pressão ou não, não sabemos. Quanto ao Dr. Celso, se dá dor de cabeça por irritação da córtex e falta de dor de cabeça por ventriculografia, quando se injeta ar no ventrículo não há dor de cabeça, não há necessidade de ser discutido. Sabe-se que os tumores frontais, são os que levam mais tempo a mostrar edema papila e se fossemos esperar o edema de papila, não operaríamos na maioria dos casos. Quanto à punção local infectado, sou neutro. E quanto à questão do Dr. Celso, sobre a técnica radiológica, tenho a impressão de que não há necessidade saber se o doente estava deitado ou de pé, pois não apresenta o aspecto sub-arachnóideo. Ou é sub-dural ou intra-cerebral.

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Prof. Piragibe Nogueira

**Estenose do colédoco retropancreático** — Dr. Piragibe Nogueira — O autor assinala as causas de stenose coledociana no segmento retropancreático, acentuando que deliberadamente não entrará em pormenores sobre as estenoses de causa tumoral cuja importância exige um estudo especial. Comenta as astenoses coledocianas associadas a presença de cálculos chamando a atenção para o fator inflamatório que acompanha o enclavamento de cálculos. Exibe colangiografias demonstrando as estenoses parciais de causa calculosas e inflamatória aguda que tratadas pela drenagem externa regrediram totalmente. Expõe a seguir aqueles casos em que o longo estágio dos cálculos e a repetição de surtos inflamatórios provocam alterações irreduzíveis do colédoco retropancreático, que se mostra de paredes espessadas, sem elasticidade

e de calibre muito reduzido coincidindo esse aspecto do colédoco com notável endurecimento da cabeça do pâncreas. Para estes casos em que o problema de um novo trânsito é iminente indica a colédoco-duodeno-anastomose cuja técnica discute e comenta pormenorizadamente. A seguir refere-se às estenoses também irreduzíveis provocadas por pancreatites sub-agudas recidivantes num pâncreas que é sede de processo inflamatório crônico. Relata dois destes casos não associados a calcúlo e que criaram a necessidade de um novo trânsito biliar; o caso que o autor operou não possuía mais vesícula e a colédoco-duodeno-anastomose foi praticada; este caso é documentado com colangiografias, que demonstram a stenose e o resultado posterior à intervenção, que estabeleceu ótimo esvaziamento.

Comentários: Dr. João Montenegro — Como bem frisou, o A. ao intervir nas vias biliares o cirurgião executa geralmente o que as circunstâncias permitem. Há porém táticas que podem contribuir para facilitar sua tarefa. Referim-nos aos casos em que o cirurgião faz a colecistectomia por calculose da vesícula e coledoctomia por cálculos das vias biliares. Ele retira os cálculos e drena o colédoco. Ao cabo de alguns dias tira o dreno, a fistula cicatriza, mas surgem sintomas de distensão, que podem ser devidos a um cálculo ou por estenose do colédoco, ou por pancreatite etc. A reintervenção é geralmente trabalhosa. Em tais casos preferimos esperar alguns meses para que a pressão da bile dilate o colédoco, facilitando a passagem do cálculo, se houver, e permitindo mais facilmente uma anastomose caso a distensão seja irremovível. Essa espera deve ser vigilante para não lesar demasiadamente o parênquima hepático e para evitar ou atalhar qualquer infecção grave. Recentemente tivemos um caso desse. Na reintervenção, que foi facilíssima o colédoco tinha cerca de 2 centímetros de diâmetro, não continha cálculo, mas havia distensão na sua porção intrapancreática. Fizemos a colédoco-duodenostomia por incisão transversal do colédoco e a paciente se restabeleceu prontamente, tendo já decorrido mais de seis meses da segunda intervenção. A possibilidade de seccionar os nervos na incisão transversal do colédoco não nos parece de importância porque a parte jussante da anastomose não funcionará mais.

Dr. Piragibe Nogueira — Um dos meus casos responde, pelo menos em parte à indagação sobre o que faço na calculose residual. Tentei nela, como acentuei, o tratamento de Pribram e me aproveitei da oportunidade para aconselhar a instilação do éter ou do alcool-éter na quantidade de 2 a 4 ctms. cúbicos com a sonda elevada mas aberta. Um caso meu foi bem sucedido com essa conduta,

mas em dois outros além de não se obter a passagem do cálculo para o duodeno houve intensa reação inflamatória do colédoco, verificável no estado geral do doente e no aspecto macro e microscópico da bile derivada pelo dreno. Conhecendo os trabalhos de Bengolea e Velasco Suarez, resolvi experimentar as entubações duodenais fazendo a excitação com sulfato de magnésia e dando no momento útil doses fortes de trinitrina. Já conto com 2 casos de calculose residual, 1 meu e outro operado fora do meu Serviço nos quais esta conduta resolveu a situação, demonstrando nitida superioridade sobre o processo de Pribram. Quando falhar a entubação ou quando a colangiografia pós-operatória revelar cálculos de tamanho grande para justificar o tratamento pela entubação está indicada a reintervenção. Esta pode apresentar graduações de dificuldade dependendo das modificações cicatriciais que se processam na loja sub-hepática. Há casos fáceis e há casos que estão no outro extremo, isto é, muito difíceis e até impraticáveis mesmo que se tente recorrer à mobilização duodeno-pancreático como tempo prévio.

Dr. J. Montenegro — Tenho um caso em que não cheguei ao colédoco supra-duodenal.

Dr. Piragibe — Aliás a orientação de mobilizar o bloco duodeno-pancreático não resolve todos os casos difíceis. Recentemente pratiquei uma reintervenção e tais eram as condições da loja sub-hepática que tive de me recorrer à abertura deliberada da 2.<sup>a</sup> porção do duodeno para conseguir retirar um cálculo juxta-papilar. O isolamento ou melhor a exposição do colédoco supraduodenal apresentou para mim dificuldades invencíveis e eu não critico o cirurgião que me antecedeu porque ele poderia ter lutado com fatores adversos. Agradeço ao meu companheiro de Mesa Dr. Mário Degni seus comentários a respeito do meu trabalho e quanto a infecção ascendente, que

sumariei mas não desenvolvi, acentuo que ela é sempre potencial nas colédoco-duodeno-anastomoses porquanto a barreira esfinteriana desaparece e o chamado esfínter funcional do hepático que Mirizzi radiologicamente assinala não tem resistido às indagações experimentais e nem no decurso clínico das anastomoses bileo-digestivas; a infecção ascendente é pois sempre potencial, podendo a qualquer momento se atualizar. Tecnicamente, como acentuei, a anastomose exige a existência de certas condições referentes às paredes e ao diâmetro do colédoco e ao duodeno; o melhor segmento é o colédoco supra-duodenal. Nas lesões agudas do colédoco terminal provocadas por cálculos e quase sempre influenciadas pela infecção super ajuntada acho indicada a derivação externa por finas sondas em T de ramo horizontal reduzido a goteira. Há lesões irreversíveis pela intensidade ou pelo tempo de ação das células e nas quais uma permeabilidade satisfatória do colédoco terminal não deve ser mais esperada e então a colédoco-duodeno-anastomose deve ser praticada sem mais delongas. Aliás podemos ver nas imagens radiológicas, que num caso de estenose por calcinose da porção retropancreática optei só pela drenagem externa e que em outro indiquei e pratiquei a colédoco-duodeno-anastomose.

**O estado atual do problema da varicocele** — Drs. Luis Antônio Sampaio Doria e Armando Hhein Filho — Comentários: Dr. Piragibe Nogueira. — O Dr. Recalde, que atuou na guerra do Chaco, pôde operar de maneira intensiva a varicocele e, como acentuou, por uma variante do processo Zeferino do Amaral; na varicocele entretanto o que mais interessa é o resultado tardio e este pode não ser aquele desejado pelo operado e pelo cirurgião. As técnicas são várias e gozam de diferentes preferências. Há ainda cirurgiões que preferem a técnica de Marion, isto é, a ligadura do plexo pampiniforme an-

terior dentro do cordão. Mas todos que já praticaram esta técnica sabem que, por vezes o reconhecimento da artéria espermática é difícil e eu relato à casa que uma vez tive o desprazer de reconhecê-la entre as veias seccionadas. Expliquei ao operado o sucedido e as vias de suplência vascular de que dispunha a glândula e não houve atrofia perceptível já tendo decorrido vários anos.

Além disso nem sempre a ligadura do feixe venoso anterior cura a varicocele. Tenho praticado o processo de Ivanissevich; teoricamente ideal mas na prática não correspondendo cem por cento e além disso apresentando a possibilidade de ser uma pesquisa difícil a da veia espermática no nível que o Autor aconselha. A observação do Dr. J. Montenegro é muito judiciosa avisando-nos da possibilidade de atrofia testicular mesmo sem lesão arterial. Apesar dos numerosos estudos feitos sobre a patogenia da varicocele não conhecemos sua verdadeira causa ou melhor não sabemos e nem podemos afirmar que a determinação do refluxo nos aponte a causa. A teoria da ação adrenalínica local esquerda pois a veia supra capsular abre-se à esquerda na veia renal na qual vai ter a veia espermática, tem atrativos mas não resiste à observação dos fatos, e nem mesmo a maior frequência da varicocele esquerda pode ser por ela explicada. Resta focalizar o problema social que a varicocele levanta como operação obrigatória na admissão a certas corporações e isto coloca muitas vezes o cirurgião na contingência de operar uma varicocele assintomática, o que é sempre desagradável.

Dr. João Montenegro — A patogenia da varicocele tem certa analogia com as varizes das pernas. Elas dependem de insuficiências valvulares à montante, seja por deficiente desenvolvimento das válvulas por excesso de pressão ou por desenvolvimento anômalo das veias. Há também alguma evidência da ação endócrina no desen-



volvimento das varizes, pois nas mulheres aparecem com certa frequência logo após a puberdade. E' certo também que a posição superficial e falta de proteção das paredes facilitam as ectasias venosa; e a posição vertical do corpo dos seres humanos, aumentando a coluna de sangue abaixo do nível do coração, é outro fator importante.

Qualquer parte de nosso corpo normal colocada acima do nível do coração tem pressão venosa negativa e ao contrário essa pressão será positiva quando a parte estiver em nível inferior ao coração. Viemos a esta sessão para reformarmos nossos conceitos acerca das indicações e tratamento da varicocele. Apellamos aos colegas especialistas para que verifiquem, com precisão, o que constitui varicocele operável. Mais de um terço dos homens têm varicocele de dimensões variáveis. Enorme maioria desses portadores de varicocele a ignoram, mesmo quando seja relativamente volumosa. Só uma percentagem mínima acusa sintomas; analisando esta classe verifica-se que quase todos são emotivos ou vivem preocupados com as funções sexuais.

As alegações de que a varicocele produz fraqueza sexual ou atrofia testicular, embora talvez possa ter algum fundamento, têm sido muito exagerada. Se um individuo tem fraqueza sexual a causa mais provável é um desequilíbrio endócrino ou o estado mental e não uma consequência da varicocele. Quanto à atrofia testicular cremos haver mais produzidas pelas operações da varicocele do que só pela varicocele. E se a possibilidade de atrofia do testículo por varicocele for unilateral ainda assim melhor será não intervir pois um testículo funciona tão bem como dois.

Não somos totalmente contra as intervenções nas varicoceles mas entendemos que devem ser limitadas a um mínimo até que melhores métodos cirúrgicos nos garantam melhores resultados.

Pedimos a esta Secção da A. P. M. para se interessar junto ao Governo, visando revogar a lei que obriga a ser operado todo o soldado portador de varicocele, pois isso não consulta os interesses do individuo nem os da Pátria. E' preciso haver seleção cuidadosa. Temos visto alguns desses pacientes vivamente impressionados pelo prognóstico ominoso do médico que os examinou. Isso é um grande mal, porque faz de uma anomalia geralmente sem importância, uma moléstia que não só preocupará o paciente como também lhe dará aso para dela se valer oportunamente.

Dr. Camara Lopes — Há uma nova via de acesso para o tratamento cirúrgico da varicocele masculino, que, como assistente dos serviços de clínica cirúrgica dos Hospitais da Força Policial e da Cruz Azul de São Paulo, a cargo do Dr. Arouche de Toledo, tenho a oportunidade de assistir e realizar com frequência. Este cirurgião, que possui grande experiência do assunto, pela frequência dos casos que tem ocasião, vem empregando esta técnica preconizada pelo Dr. Guilherme Hautz, cirurgião do hospital central do Exército, quando este médico, em 1934, visitou o hospital da Força Policial. O Dr. Hautz abordava então o feixe espermático pela via inguinal, realizando assim um processo de Ivanissewich baixo.

O Dr. Arouche de Toledo fez uma modificação da técnica de Hautz, usando entretanto a mesma via inguinal, de modo a torná-la ainda mais simples e muito prática. Consiste na incisão da pele e do celular sub-cutâneo, 3 dedos para baixo e 2 para dentro da espinha iliaca ântero-superior, paralela à arcada de Falópio e numa extensão de 4 centímetros. Tratados esses planos, são eles afastados, deixando a descoberto a aponevrose do grande oblíquo que é logo seccionada paralelamente à direção das suas fibras e na mesma extensão. Essa botoeira na aponevrose do grande oblíquo não

compromete a estrutura anatômica do anel inguinal superficial. Os lábios dessa aponevrose são então afastados, deixando ver logo abaixo a borda inferior livre dos músculos pequeno oblíquo e transverso, que rebatidos para cima à custa de um afastador, permite encontrarmos os elementos do cordão espermático aí colocados a poucos centímetros da pele e envolvidos pela sua bainha conjuntiva fibrosa comum. Uma vez aberta, são os vasos, em que há estase, tratados e deixados na sua primitiva posição. A recomposição é feita apenas com a sutura da aponevrose e agrafes da pele. O Dr. Arouche faz também com frequência a inversão da vaginal, pois tem observado a hidrocele no pós-operatório de alguns doentes.

Como critica a essa operação temos a dizer, que essa via lesa o menos possível as estruturas anatômicas da região, uma vez que os elementos, visados estão bastante superficiais, a incisão é pequena e a anestesia fácil de ser obtida. E, se bem que no meio civil as indicações de tais casos de varicocele, sejam bastante reduzidos, no meio militar, onde o Dr. Arouche já conta com muitas dezenas de casos operados, as indicações cirúrgicas são mais preciosas, dadas as condições de vida e de exercício do militar, mormente na cavalaria, onde os casos são mais frequentes.

Quanto ao "follow up", também é fácil, pois como militares, periodicamente são sujeitos a exame médico, além das visitas periódicas a que o Dr. Arouche os submete e que são lançadas em um formulário para esse fim. Há 3 anos, essa via de acesso vem sendo empregada, podendo-se mesmo adiantar com satisfação que temos visto raros casos de recidivas de varicoceles operados por esse processo. Não se observaram também atrofia testiculares, que em geral se manifestam tardiamente.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Ao tratarmos deste assunto devíamos lembrar os trabalhos de Co-

trim e Jarbas de Barros. Esses trabalhos vêm dar grande contribuição ao conhecimento do problema da fisiopatologia da varicocele. Os trabalhos de Cotrim e Jarbas de Barros são concludentes, porque indicam o que se verifica nos indivíduos vivos, pois eles usaram métodos especiais de pesquisa: a prova radiológica da circulação. Esses métodos aperfeiçoados mostraram o sentido da circulação com o doente de pé, e em decúbito, como também a existência de grande rede de anastomoses em toda região; com isso se poderá provar, e eles o provaram, que o refluxo só se dá em certas condições momentâneas do indivíduo, quando ele está de pé e faz esforços. Isso não se dá quando o indivíduo está deitado e não faz esse esforço. Como consequência desse refluxo, verificaram que a corrente se deriva, havendo franca intercomunicação de todos os vasos dessa região. Isso indica que esse refluxo, que é uma inversão da corrente normal da via venosa, depende de um obstáculo passageiro à jusante, no sentido da corrente, que é centripeto, isto é: este obstáculo deve estar acima da desembocadura da veia espermática na veia renal esquerda. As veias se dilatam onde não há planos de contensão de acordo com o professor Surraco, de Montevideu. Só se dá a distensão onde não há planos resistentes; não se verifica pois a dilatação da veia ao nível da parede abdominal. A existência do obstáculo? A veia renal esquerda passa geralmente entre a aorta e a artéria mesentérica superior. Existe aí um verdadeiro compasso chamado compasso aorto-mesentérico, de significação patológica bastante conhecida dos gastro-enterologistas, porque dá em certa percentagem de casos o pinçamento da 3.ª porção do duodeno, produzindo perturbações acentuadas. Se dá perturbações do tubo digestivo, comprimindo o duodeno, não podemos aceitar que ela possa dar uma compressão intermitente da veia renal esquerda, produzindo a

inversão da corrente circulatória fazendo com que o refluxo do sangue, vá produzir a varicocele? Essa é a teoria mais aceitável. A ausência de válvulas e outras causas, que assinalam os autores, estão hoje fora de cogitação. Outras vezes a veia renal esquerda passa por detrás da aorta. Seria interessante a observação em cadáver de indivíduos que tiveram varicocele a existência dessa ocorrência anômica. Não sei se isso já foi feito por algum pesquisador. O pessoal do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade tem o material, e para ele isso seria facilimo. Seria um terreno novo para pesquisas, campo aberto para os médicos brasileiros, que se vêm interessando com carinho pelos assuntos relativos à varicocele.

Quanto ao tratamento, os autores do trabalho de hoje são entusiastas do Ivanissevitch. Estando na Argentina e no Chile, verificamos que esse processo não é usado lá. No Chile o processo usual de tratamento da varicocele consiste na fixação do testículo pelas próprias veias dissecadas do cordão. Na Argentina existe um processo procurando contornar o Ivanissevitch, porque acham que este não é satisfatório. Tivemos a ocasião de operar um caso no Rio de Janeiro: fizemos a demonstração de uma variação do processo de Zeferino do Amaral, em que procuramos evitar lesão das partes anatômicas respeitando a estrutura do canal inguinal, limitamo-nos a fazer um tunel, onde colocamos as veias varicosas, dissociadas do conduto deferente. É um processo simples e o temos executado muitas vezes com resultados satisfatórios, elevando-se a uma centena de casos a nossa experiência.

Dr. Juan Francisco Recalde — Antes de partir para a guerra de Chaco, em 1932, tinha escutado a comunicação do Dr. Zeferino do Amaral, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, sobre o seu processo cirúrgico na cura da varicocele. Tinha-me impressionado no sentido de que a aponeu-

rose do Grande Obliquo, comprimindo as veias varicosas contra os planos profundos, atuava como as meias elásticas nas varizes das pernas. Insatisfeito como me encontrava com os velhos processos mutilantes, quando tive oportunidade de atuar no serviço de recuperação de efetivos, entre os quais figurava com grande frequência a varicocele, operei muitos casos dentro da diretiva assinalada por Zeferino do Amaral. Incisão como para hernia inguinal. Enucleação inguinal do testículo. Preparo de um retalho da parede vaginal testicular e fixação da mesma na porta aponeurótica do canal inguinal em forma de ficar suspenso o testículo na parte alta do escroto. Fixação do cordão, com as suas veias varicosas, dentro do canal inguinal, distribuindo pontos separados, sem ligar as veias e sutura da aponeurose. Os resultados imediatos foram muito bons e nunca tive queixas, sem, com tudo, ter tido oportunidade de verificar os resultados tardios.

Nós sabemos que é muito raro a varicocele direita e frequente a varicocele esquerda e pensamos que isto seja devido ao modo diferente do serviço de esgoto fato de desembocar o primeiro na veia cava e o segundo na veia renal. O escoamento é facilitado no primeiro caso e obstáculo no segundo. Para vencer os obstáculos temos que aumentar a vis a tergo e as veias não protegidas por uma contrapressão externa (como é o caso das veias hemorroidárias, das safenas das pernas e das pampiniformes do testículo) sofrem um processo de alargamento varicoso. As válvulas ficam insuficientes e finalmente aparece a estase venosa, a compressão e a distrofia. As veias profundas nunca se tornam varicosas devido à contrapressão das aponeuroses que sustentam as suas paredes contra o aumento de pressão intravascular. Aceitamos a resistência aumentada devido à circulação de retórno. Aceitamos as veias comunicantes que sobrecarregam as veias varicosas com uma massa sanguínea da qual não

se podem libertar e lembramos como muito importante causa coadjuvante na formação das varizes a falta de uma contrapressão externa de defesa em relação às veias que sofrem de varicosidade. A idéia terapêutica contida na operação de Zeferino do Amaral é a criação desse aparelho de contenção, deslocando a varicocele debaixo da aponeurose do grande oblíquo. A operação de Ivanisevich evita o refluxo da veia renal esquerda, aproveitando a circulação de retorno pelas vias colaterais.

Nos casos cirúrgicos das veias varicosas das pernas, nós procuramos descobrir e destruir as comunicantes internas, mediante uma ampla disseção da pele do plano inferior aponeurótico.

Na prática das injeções esclerosantes das veias varicosas das pernas, procedemos a punção da veia varicosa, na proximidade da comunicante suspeita. Colocada a agulha, suspendemos a perna para esvaziar as veias. Ligadura elástica quatro dedos acima e outros tantos por debaixo da agulha, com o fim de circunscrever a área venosa a ser exposta aos efeitos da esclerose, "inclusa a veia comunicante". Injeção de três cent. cúbicos de quinino-uretana, ligeira massagem para distribuir o líquido nas tributárias regionais e depois de um minuto, restabelecimento da circulação. Este modo de proceder tem-nos dado em muitos casos resultados curativos, evitando a operação.

No caso das hemorróides, depois de longos anos de prática das eta-

pas cirúrgica e esclerosante, encontramos hoje plena satisfação na destruição por coagulação diatérmica dos lagos hemorroidários, de acôrdo a processo comunicado a esta Associação Paulista de Medicina e publicado na sua Revista.

Dr. Juan Francisco Recalde — Lembro-me, quando eu fazia parte da Clínica Cirúrgica de Florença (Itália), que em certa época do ano, descarregava-se no serviço uma verdadeira avalanche de casos de varicocele para serem operados. Eram moços que tinham esperado ser declarados inaptos para o serviço militar antes de se submeter a operação. Durante a guerra do Chaco, todos os doentes de varicocele eram submetidos previamente à operação antes de serem enviados à luta. Atualmente um moço não pode estudar a carreira de Oficial do Exército se padece de varicocele e creio que do ponto de vista do interesse público ele não pode mesmo.

Dr. Luís Antônio Doria — Ao Dr. João Montenegro — Quanto à incidência de atrofia testicular nos indivíduos portadores de varicocele não encontramos na bibliografia nenhuma referência à percentagem exata. Quanto à incidência nos casos operados é de 4%. No que respeita as indicações operatórias, elas estão sujeitas a cada caso em particular. No serviço a orientação é de se operar tão somente aqueles casos que, quer pelo volume, quer pela sintomatologia apresentada, reclamam uma intervenção, ou então aqueles casos por solicitação, para ingresso nas forças armadas.

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 21 DE SETEMBRO DE 1944

**Idéias sobre o tratamento médico-cirúrgico da osteomielite na criança** — Dr. Domingos Define — No início faz considerações sobre a importância do conhecimento de todos os aspectos da osteomielite que é uma moléstia muito freqüente entre nós e infelizmente, em geral, tratada sem o rigor  
74)

Presidente: Dr. Vicente Lara indispensável para se conseguir a cura do doente. Cita a estatística do Pavilhão Fernandinho Simonson da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde em 14 anos de funcionamento foram registrados 1260 casos. Pela sua freqüência, gravidade, pelas deformidades que acarreta e por sua

evolução demorada, constitui a osteomielite um grave problema médico-social.

O "estafilococcus aureus" que é, via de regra, o agente causador da moléstia, provoca uma infecção geral do organismo com possibilidade de localizações múltiplas nos diferentes órgãos e no esqueleto. A osteomielite é a expressão local de uma infecção geral. A ação das toxinas destes germes provocam anemia, desidratação, necrose dos tecidos e coagulação do plasma.

O tratamento das osteomielites deve visar em 1.º lugar o combate à infecção geral, estudando-se pela clínica e exames complementares todas as manifestações da moléstia. A anemia e desidratação serão controladas pelas transfusões sanguíneas e, administração de soro fisiológico e plasma sanguíneo. A intoxicação deve ser combatida pela antitoxina estafilocócica. O Sulfatiazol é o remédio heróico nestes casos e deve ser administrado em doses suficientes. A penicilina infelizmente é de difícil aquisição, o seu efeito parece ser muito eficaz nesta moléstia e talvez mais útil do que as sulfanilamidas, com a vantagem de ser atóxico. Um outro ponto que não deve ser descuidado é o da aplicação noutros casos, de doses suficientes de vitaminas, especialmente a C e D. Quanto ao tratamento local, deve-se em 1.º lugar, imobilizar o membro atacado, sendo esta prática de importância capital e deve ser precocemente instituída. Não há urgência em incisar o abcesso e sempre que possível, esvasiar-se a coleção das partes moles e com a finalidade de se evitar a sua formação o autor imaginou a drenagem por punção do osso afetado. Passa a descrever a técnica usada e diz não poder ainda pronunciar-se sobre o valor deste método por tê-lo usado em poucos casos até o presente.

A trepanação precoce deve ser inteiramente abandonada em face dos maus resultados que desde longa data têm sido registrados.

Igualmente é contrário às diafisectomias parciais ou totais.

Depois de formado o sequestro e seu isolamento completado, cessados os fenômenos que traduzem o estado agudo da moléstia depois de suficiente reparação do tecido ósseo e estando o paciente em boas condições gerais, só então é que se deve praticar sequestrectomia, que deve ser minuciosa, guiada pela radiografia. A cavidade óssea residual deve ser tratada ou pelo método de Orr ou pela aplicação local de sulfatiazol, seguida de sutura da pele. O autor prefere este último método que lhe tem dado muito bons resultados.

Finalizando, refere-se rapidamente às formas raras da osteomielite, como o abcesso de Brodie, à forma de Garri à periostite aluminosa. Quanto às osteomielites dos lactentes, em linhas gerais, o seu tratamento deve ser o mesmo da osteomielite chamada de adolescentes.

Comentários: Dr. Vicente Lara — Constituiu a conferência uma explanação atualizada, clara e erudita de todos os aspectos das questões que dizem respeito aos processos osteomielíticos nas diversas quadras da infância.

Além destes teve ainda para nós o mérito de nos advertir de sua frequência que, na realidade, é muito maior do que à primeira vista seria dado presumir àqueles que não estão em contacto com as diversas modalidades evolutivas pertinentes a esta osteopatia.

Vimos, com verdadeira surpresa, a quanto monta a sua incidência entre os internados no Pavilhão Fernandinho, e, conhecendo a imensidade do material arrolado durante anos e anos seguidos, compreendemos o vagar com que o autor, seguro de si mesmo, pôde compulsar as suas observações e aprofundar as suas pesquisas, e daí podermos, justamente, superestimar o valor de suas conclusões.

Por mais entusiasta que se tenha mostrado de sua arte operatória não prescindiu de valorizar a clínica, aliás, sem cujos conheci-

mentos, cirurgião algum pode ser realmente eminente. Em que pese a impertinência do truismo inepto, nunca é demais repetir que a verdadeira cirurgia não declina dos conhecimentos clínicos, bem como a medicina, ciosa dos seus foros, não renega das noções cirúrgicas.

Do seu incontestável critério cirúrgico disse-nos ele próprio, opinando abertamente sobre uma questão tão dividida sob muitos aspectos, mas do seu senso clínico fomos nós outros que implicitamente o conceituamos, quando nos relatou o cuidado que põe em alimentar os seus doentinhos e do empenho que tem em bem assistilos clinicamente. Pois não há como negar o postulado defendido por Fèvre, que configura a osteomielite aguda da criança e dos adolescentes como um aspecto parcial — localização óssea — de uma infecção geral; e, em decorrência do qual, a assistência comporta duas partes distintas: o tratamento local e o tratamento geral.

Vale por um testemunho de sua atitude não sectária da injustificável e ultraconvencional "consciência de casta", a sua afirmação, ao tratar das sulfamidas, de que, em especificadas formas iniciais da osteomielite, esta prodigiosa droga pode "conseguir quasi que milagres".

**Possibilidade da cirurgia do tórax na criança** — Dr. Eduardo Etzel — O A. focaliza a fiso-patologia da respiração e da circulação, mostrando que a criança resiste muito bem às modificações resultantes da abertura do tórax, suportando melhor que o adulto, a operação torácica.

Passa em revista as várias afecções do tórax mais encontradiças na criança, discutindo a fiso-patologia da bronquiectasia, seu tratamento médico paliativo e o tratamento cirúrgico curativo com ressecção do lobo pulmonar doente.

O abcesso pulmonar foi também abordado, considerando o A. o tratamento médico com a quimioterapia e o cirúrgico com a drenagem precoce. Os tumores mediatinais são ocorrências também existentes nas crianças com possibilidade de extirpação e cura.

Por último discorreu sobre as anomalias vasculares em especial a persistência do ducto arterioso, sua fiso-patologia, diagnóstico e tratamento cirúrgico, hoje feito com pleno êxito e baixa mortalidade nas clínicas especializadas.

**Comentários:** Dr. Vicente Lara — Vimos através das linhas gerais de sua conferência, o quanto já, isenta dos graves perigos operatórios, alcança a possibilidade da cirurgia torácica não só no campo pulmonar aonde ganha uma eficiência notável, como, também, em especificado vício congênito do coração — Persistência do Ductus Arteriosus, sem coexistência de outras deformações — onde se firma pela originalidade de sua inesperada indicação, constituindo a solução de um problema que ainda ontem somente aos mais imaginosos não se afigurava como uma hipótese insolúvel.

Convenceu-nos que a cirurgia pulmonar na criança deixou de ser, em nossa Paulicéia, uma atividade marginal para converter-se em uma especialização tão autônoma quanto a urológica, a nervosa e outras.

# TRANSPULMIN

  
Homburg



SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA  
EM 22 DE NOVEMBRO DE 1944**Radiologia urológica — Prof.**

Ataide Pereira — A questão da cistografia em posição ventral está hoje, esclarecida pelo Dr. Roberto Rocha Britto, de Campinas; é um método antigo e que se deve a Gottlieb e Strokoff e também usado por Ballenger.

Para colaborar no trabalho do Prof. Martins Costa não só trouxe duas interessantes radiografias de adenoma da próstata, como algumas outras selecionadas que demonstram a precisão do diagnóstico radiológico e seu valor na indicação do tratamento.

São obtidas pela uretro-cistografia de enchimento e com contraste não irritante. Esse processo tão superior é, que não encontra até o momento outro concorrente.

A revelação dos adenomas intra-vesicais pela aero-cistografia ou pela própria cistografia em posição ventral não nos instrui nada mais que a existência de tais formas de crescimento do tumor.

Os tumores de desenvolvimento sub-vesical não são revelados pelo processo. Entretanto, o mesmo não acontece com a uretro-cistografia de enchimento tanto na posição ântero-posterior como de meio perfil.

Aliás esta última posição instrui a contento tôdas as particularidades clínicas do adenoma da uretra prostática.

Por ela diagnosticamos tôdas as formas clínicas do adenoma (forma miniatura, adenoma do lobo ventral, lobo mediano, adenoma total) como suas formas de desenvolvimento (intra-vesical, sub-vesical e parte sub, parte intra-vesical).

Os dois casos a apresentar são:

1.º — Um caso de infecção urinária em que se presumia a existência de uma pieneftose, e no qual a urografia revelou a existência de um lobo mediano da pró-

Presidente: Prof. Rafael de Barros

tata, que não fôra sequer suspetado a despeito da uretrocistoscopia. Afastada a pieneftose concluiu-se pela existência de infecção urinária e espermática conjuntas com manifestações exclusivas de cistite purulenta crônica. O doente foi operado (talha e drenagem suprapúbica) com verificação positiva do adenoma do lobo mediano.

2.º — Um doente com discretas perturbações urinárias noturnas, de longa data, tratado por hormonas e radioterapia, sem residuo na bexiga após micção espontânea, apresentava à radiografia pelo processo de uretro-cistografia de enchimento, um lobo mediano de excessivo desenvolvimento, com acotovelamento acentuado da porção supramontanal da uretra prostática, além de manifesto desenvolvimento do lobo distal.

A radiografia aqui apresentada, e que é uma das mais perfeitas, que tenho conseguido não deixa a menor dúvida do valor do método no diagnóstico como sua importância para a indicação do tratamento. O método demonstra por outro lado que não tem até o momento, concorrência apreciável, embora ainda um processo estático.

Comentários: Dr. Rafael de Barros — Na sua apresentação não estou de acôrdo num ponto: não conheço o método do Dr. Martins Costa, mas as radiografias em 2, 3 ou 4 posições s trazem vantagens para o doente e para nós. Quantas e quantas vêzes uma imagem ventral conduz a uma interpretação diferente da perpendicular. O maior número de imagens só pode trazer maior esclarecimento. Tem a vantagem única de ser mais econômica. Mas sob o ponto de vista científico não se recomenda. O dr. Ataide não se referiu ao método de se fazer radiografia no momento da excreção.

O aspecto da bexiga é diferente, conforme se examina durante ou antes da eliminação.

Dr. Moretzsohn de Castro — Como focalizou o Dr. Ataíde Pereira, o problema da uretrografia restringia-se apenas à estática, do ponto de vista prático. O Dr. Mota Pacheco, juntamente conosco apresentou, recentemente, um trabalho sobre "cine-uretro-cistografia", onde pudemos mostrar uma seriação grande de imagens sucessivas evidenciando o enchimento retrógrado da uretra e bexiga. O Dr. Ataíde Pereira fez uma objeção justa, quanto à alteração da dinâmica vesical ao empregar-se substâncias de contraste por ele consideradas irritantes. É evidente que o emprêgo dessas substâncias deve alterar o tono vesical. O ideal seria a utilização de substâncias neutras que não afetassem o tono, tanto da uretra como da bexiga. Quanto à posição semi-obliqua dorsal, apesar da minha pequena experiência, reputo suficiente para o diagnóstico radiológico das afecções da uretra e bexiga. Foi nessa posição que obtivemos com o Dr. Mota Pacheco as cine-uretro - cistografias apresentadas, nas quais documentamos todo o trânsito uretral e o enchimento vesical.

Dr. Ataíde Pereira — Ao Dr. Moretzsohn devo dizer que frisei ser o processo por mim utilizado, um processo estático. Não citei a cinerradiografia porquanto a meu ver, embora de futuro venha ser um processo ideal, terá de preferência valor no estudo da dinâmica da bexiga.

O processo estático da uretro-cistografia de enchimento dá o estado anatômico com perfeição e nitidez.

A própria cinerradiografia miccional não prometerá mais do que o estudo da dinâmica vesical nos casos normais e patológicos. Mesmo assim deverá ser feita em perfil.

Quanto às objeções do Prof. Rafael de Barros devo dizer que não condeno a aero-cistografia nem a cistografia de enchimento

na posição ventral; mas, uma coisa é certa: a uretro-cistografia de enchimento (em perfil) basta ao diagnóstico topográfico do adenoma, seja qual for a sua forma de apresentação clínica ou de desenvolvimento. Por outro lado é o único processo que permite o diagnóstico diferencial com as chamadas disectasias do colo.

**A importância das imagens lacunares no diagnóstico radiológico do câncer gástrico** — Dr. José Moretzsohn de Castro — O autor fez uma exposição de casos que vem observando, tanto no Ambulatório de Gastroenterologia da Santa Casa, Serviço Levý Sodré, onde dirige o Gabinete Radiológico, como em sua clínica privada, onde freqüentemente tem tido oportunidade de constatar a facilidade com que são diagnosticadas como "Blastomas" lesões inflamatórias do antro e do corpo do estômago. A seguir demonstrou, com radiografias e dispositivos de peças e fotomicrografias das lesões, vários casos de imagem lacunar, que após o "test" terapêutico bem orientado puderam ser diagnosticados como lesão benigna. Chamou a atenção da casa, para os recentes trabalhos de Ravdin, que demonstrou a freqüência do edema da mucosa gástrica na hipoproteïnemia. Apresentou um filme cinerradiográfico onde podia ser verificada grande imagem lacunar do corpo do estômago, situada nas vizinhanças de um "nicho" tipicamente benigno, com retração do antro e contratura da grande curvatura, e que pelas condições da paciente podia-se pensar que se tratasse de edema.

Refutando a teoria de alguns autores de que toda lesão prepilórica é maligna, apresentou um caso acompanhado desde 1939, onde, inicialmente havia ao exame radiológico uma grande imagem lacunar do antro; após o tratamento de prova, durante 20 dias, pôde ser diagnosticado um "nicho benigno"; 30 dias mais tarde houve a regressão total da lesão, conforme documentação apresentada.

Focalizou a importância da rigidez segmentária permanente e mostrou um caso em que no primeiro exame foi vista uma pequena zona de induração próxima à "incisura angularis". Não era possível, apenas com o exame radiológico firmar-se o diagnóstico de "carcinoma infiltrante inicial". O paciente deveria voltar dentro de 15 dias para controle do exame, o que, no entretanto não fez. Voltando seis meses após, foi possível ver-se um enorme "nicho" onde primitivamente existia a zona de rigidez. A operação demonstrou tratar-se de um "carcinoma ulceriforme". Focalizou com a apresentação desse caso, a necessidade de colaboração do paciente e do clínico, para que se evite a repetição dessas dolorosas ocorrências.

Apresentou outros casos em que tudo indicava tratar-se de uma lesão neoplásica, no primeiro exame e, que após o "test" terapêu-

tico bem orientado demonstrou anátomo-patologicamente tratar-se de lesão benigna, confirmando assim o segundo exame radiológico.

Fêz considerações em torno dos chamados "nichos malignos" e "nichos benignos" e demonstrou o valor relativo dos mesmos no diagnóstico radiológico.

Comentários: Dr. Rafael de Barros — Quando o autor se referiu a nicho tipo maligno, qual é o elemento que ele classifica como tal?

Dr. Moretzsohn de Castro — Alguns autores se referem realmente a "nicho maligno típico" com apenas um exame radiológico. Nós não temos coragem de fazer essa afirmação categórica, sem antes submeter o paciente a um "test" terapêutico durante alguns dias, após o que tornamos a examinar radiologicamente e então, se persistirem as mesmas características da lesão, não temos dúvida de afirmar que se trata realmente de lesão maligna ("nicho maligno").

#### SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Ataíde Pereira

**Prostatografia** — Dr. Roberto Rocha Brito — O A. inicia o seu trabalho dizendo denominar prostatografia à pneumocistografia em decubito ventral para visibilização da próstata. Justifica em seguida a denominação empregada. Passa em seguida a expor os métodos mais usados para a verificação da próstata por meio de raios X, como a uretrocistografia e a cistografia, indicando as vantagens de cada processo. Detém-se mais no emprego da pneumocistografia, fazendo um rápido histórico. Diz que o método empregado não é novo, existindo porém poucas comunicações à respeito na literatura especializada, sendo que o método é original de Ballanger, Elder e Lake em trabalho publicado no J. A. M. A. em 1924, assim como os trabalhos de Deltherm e Kahn, e o de Gottlieb e Strokoff. Explica depois o motivo da sua comu-

nicação, devido à sua experiência de mais de 50 casos, nos quais fez a prostatografia acompanhado dos outros exames clínicos endoscópicos e uretrocistográficos. Expõe a técnica empregada e os cuidados para uma boa radiografia. Diz ainda ter verificado a possibilidade de um diagnóstico diferencial entre o câncer e o adenoma da próstata, conforme Pflaumer. O A. salienta as vantagens do método, tendo indicação no tratamento radio-terápico dos adenomas, assim como orientação no caso de ressecção endoscópica. Cita que em vários casos de adenomas sub-vesicais, a prostatografia nada esclareceu. Finalizando, diz que a prostatografia não é um elemento diagnóstico único, e, conforme orientação seguida pelo A. no exame dos prostáticos, o método tem grande valor quando não é possível fazer uma cistoureteroscopia no paciente.

Afirma a necessidade de um exame completo do prostático, para uma orientação terapêutica segura e sem surpresas, como todo urologista tem necessidade de obter. Apresenta depois várias prostatografias, mostrando também as uretrocistografias e cistografias comparativas de vários casos. Termina fazendo várias conclusões e frisando ser a prostatografia um excelente método diagnóstico completando de modo eficiente os exames para o diagnóstico das lesões da próstata.

Comentários: Dr. Jarbas B. de Barros — O método da aero-cistografia em posição ventral mostra grandes vantagens no sentido prático e clínico. Pelas demonstrações muito bem feitas pelo Dr. Rocha Brito, penso no futuro usá-lo como método de rotina.

Prof. Ataíde Pereira — O Dr. Rocha Brito chama com frequência o método de "prostatografia"; penso entretanto que esta designação deve ser reservada para o método que de futuro venha revelar radiologicamente a próstata em toda sua textura anatómica. A aero-cistografia em ventral revela tão somente os tumores da próstata que salientam na cavidade vesical.

O método revela, sem a menor dúvida estes tumores, mas não pode trazer esclarecimento algum, quando o tumor é de desenvolvimento sub-vesical ou se apresenta sob a "forma miniatura".

Comprova o Dr. Rocha Brito, que o método é de Burkhardt-Floerckern e a nova posição ventral de Gottlieb-Strokoff-Ballenger.

Disse o Dr. Rocha Brito na sua exposição que o método da aero-cistografia comparado com a uretro-cistografia de enchimento, não é superior mais igual a este.

Nesse particular, estou em discordância com o A.

Na aero-cistografia só vemos uma imagem que podemos afirmar ser um adenoma de desenvolvimento intravesical. Nada mais podemos afirmar; pois o processo não revela mais nada das particu-

laridades clínicas do adenoma da próstata.

Impõe-se ao processo a crítica, de que ele não revela a forma miniatura do adenoma, e tão pouco os adenomas de desenvolvimento sub-vesical.

A uretro-cistografia de enchimento, em posições ântero-posterior e sobretudo lateral, revela todas as formas clínicas do adenoma (miniatura, lobo mediano, lobo distal, adenoma total), assim como suas formas de desenvolvimento sub-vesical, intra-vesical e parte sub, parte intra-vesical.

Dêse modo, a uretro-cistografia de enchimento se nos apresenta superior. A aero-cistografia vale portanto como complemento de exame.

No que respeita ao valor dos dois métodos na indicação operatória, mesmo na questão da ressecção endoscópica, achamos que a uretro-cistografia de enchimento presta o melhor e o mais valioso auxílio. Tal exame se impõe antes de qualquer indicação de tratamento quer paliativa, conservadora ou radical.

Na interpretação das imagens radiológicas em suas ligações com a ressecção endoscópica, é preciso não contraindicar rigidamente a operação sem a competente exploração.

Disse também o Dr. Rocha Brito, que distingue radiologicamente a imagem do adenoma da do câncer da próstata. As imagens irregulares do contorno tumoral podem, quando muito, levar à suspeita; mas não ao diagnóstico diferencial.

Dr. Roberto Rocha Brito — Estou de acôrdo, acho a uretrocistografia são ótimos métodos de exame com a técnica usada pelo Dr. Ataíde. Não acho porém nem um nem outro superior; tanto a prostatografia como a uretrocistografia são timos métodos de exame, os dois processos se completam. Falo porque apresentei um caso em que a uretrocistografia não esclareceu nada, o único meio

que revelou o tumor, e completou o diagnóstico foi a prostatografia. Quanto à questão do câncer, verifiquei em 3 casos, ser a imagem obtida pela prostatografia, completamente diversa no câncer e no

adenoma. Todos esses métodos radiológicos, são muito bons, mas não excluem os outros exames urológicos, a principiar pelo toque. Faço todos os exames para chegar a um diagnóstico exato.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 28 DE AGOSTO DE 1945

**Otosclerose** — Dr. J. E. Paula Assis. — O autor falou sobre a otosclerose, fazendo um apanhado histórico do assunto e apresentou peças anatômicas. Passou, a seguir a falar sobre a etiologia da afecção, dizendo ser de origem constitucional, reagindo o organismo sobre um "que" que lhe é inerente. As pesquisas de herança confirmam o fator constitucional, estando nos heredons os genótipos, que não sofrem as alterações do meio. Albrecht examinou gêmeos criados em lugares distantes, que apresentavam em certa época a otosclerose. A otosclerose se inicia na janela oval, variando, segundo os autores, o ponto primário. Embora hereditária, às vezes, ela salta uma geração, surgindo em outras. As teorias que procuram explicar a afecção se iniciam com a teoria do afluxo sanguíneo, que caiu por não mais resistir à crítica. Veiu a seguir a teoria hormonal, não se confirmando em estudos posteriores. Outras teorias, a da avitaminose e a da carência de fósforo e cálcio também não se confirmaram. Uma teoria mais em voga, a da usura do labirinto, ou seja, a velhice precoce do labirinto, baseia-se no trabalho contínuo a que estão sujeitos a janela oval e o estribo. Contudo, nenhuma das teorias ex-

Presidente: Dr. Hercilio Marroco

plica suficientemente o assunto, sendo necessário aguardar novos estudos, principalmente estudos em cadáver, para que se possa obter uma conclusão positiva sobre o assunto.

**Diagnóstico radiológico da meningocoele intratorácica** — Dr. J. M. Cabelo Campos — O autor falou sobre o diagnóstico radiológico da meningocoele intratorácica, o que, no seu dizer, é fácil. Em seguida fez o diagnóstico diferencial com a ciste hidática do pulmão, a ciste dermoide pulmonar e os teratomas. A bibliografia sobre o assunto é escassa, citando apenas 3 casos, em que o diagnóstico foi feito "post-mortem", sendo seus dois casos os primeiros a serem diagnosticados.

**Sobre a morfologia de leucócito e sua prosodia** — Dr. João Noel von Sonnleithner — O autor discorreu sobre a morfologia de "leucócito e sua prosodia". Inicialmente fez a análise do vocábulo, decompondo-o nos elementos, mostrando que morfológicamente é perfeito. Quanto à prosodia, mostra que nos vocábulos desse tipo a pronúncia é exdruxula. Em seguida cita a lista de autores que aconselham a prosódia leucócito.

**PHILERGON** - FORTIFICA  
DE FATO  
UMA COLHER ÀS REFEIÇÕES

## SESSÃO DE 11 DE SETEMBRO DE 1945

Presidente: Dr. Hercilio Marroco

**Gueia de lobo** — Dr. Laet de Toledo Cesar — O A. falou sobre um caso do sexo masculino, com 36 anos de idade, apresentando Wassermann fortemente positivo; operou o paciente segundo a técnica de Kantarovick — tendo sido parcial, o resultado terapêutico obtido. O orador ilustrou sua

exposição com um filme do ato cirúrgico praticado no referido paciente. Após a exibição desse fim o autor fez exhibir outros, referentes à intervenções cirúrgicas por ele realizadas no maxilar inferior, devido a épolis e noma, e no veu palatino devido a um angioma pulsátil da artéria maxilar superior.

## Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

## SESSÃO DE 24 DE ABRIL DE 1945

Presidente: Dr. Febus Gikovate

**Penicilina — aquisições recentes**

— Dr. Francisco Caldeira Algodoal — O autor faz uma revisão completa sobre tão moderna arma terapêutica. Começa definindo o que se entende por substância antibiótica e mostra que antibiose é o contrário de simbiose. Passa a classificação do *Pinicillium*, terminando pela espécie "notatum" descoberta por Westling na Noruega.

No histórico fala da condição fortuita que levou Fleming à descoberta da Penicilina, diz dos seus antecessores desde Pasteur e Joubert passando por Gasperini, Emrich e Lowe, Sturli, etc., pois todos observaram a ação antagonica de certos organismos do ar que contaminavam culturas. Termina esse capítulo auferindo toda a glória da descoberta ao grande professor inglês, o único que não ficou só na observação do fato, mas continuou os seus estudos que culminaram no que atualmente sabemos. Passa então a referir as propriedades físicas e químicas da Penicilina, a sua suposta composição, a sua formação em meio ácido, e paradoxalmente a sua estabilidade apenas em meio alcalino à pH entre 5 e 7. Da complexidade da molécula, descreve a sua solubili-

(88)

dade que aumenta até a água, em que se dissolve melhor que seus solventes orgânicos. Mostra o autor que a Penicilina é inativada por agentes oxidantes — (daí a inconveniência de usar localmente qualquer antisséptico antes da Penicilina), pelos metais pesados, pelos anestésicos, e também por um fermento que faz parte integrante de certos germes denominado pela sua ação — penicilinase.

Antes de nomear os diversos sais obtidos em combinação com a Penicilina, diz da inibição da urease pela mesma. Passando a extração, explica que todos os métodos se baseiam na dissolução e absorção e precipitação.

A droga é dissolvida em um dos seus solventes orgânicos, passa para a água onde é mais solúvel, e depois da purificação reduzida a pó no vácuo (liofilização). Os pigmentos (impurezas) são precipitados por carvão animal a 5%. Põe ainda o auditório ao corrente de que existem diversas raças de Penicilina capazes de maior rendimento que a primeira entre elas a raça Squibb. Ainda sob o mesmo tópico acentua a ação de certas substâncias como a sulfapiridina e o



ácido paramino benzoico, que aumentam a percentagem de produção de Penicilina no meio de cultura.

Descrimina em seguida os componentes do meio de Czapek Dox modificado, onde melhor cresce o cogumelo. Tendo dividido o assunto em diversos capítulos interdependentes para melhor compreensão, passa o autor a explicar o modo de atuar da Penicilina. Depois de diversas considerações, dá sua opinião: a Penicilina em pequena concentração apenas modifica a morfologia e o modo de reproduzir das bactérias: doses maiores inibem o crescimento e determinam a bacteriostase; doses ainda maiores causam a morte dos germes. Refere-se a McKee e Houck que demonstraram a perda proporcional da virulência do germe resistente à Penicilina. Passa então a enumerar os característicos que distinguem a Penicilina dos outros antibióticos.

1. Age em diluições baixíssimas, até mesmo na proporção de 1.200.000.000.

2. Tem a sua ação assegurada na presença de pus, sangue e autolisados.

2. Quanto mais alta a sua potência terapêutica menor a sua toxicidade.

4. Os germes resistentes, perdem proporcionalmente a sua virulência.

Passando em revista as vias de introdução do medicamento, cita a via venosa, a muscular, a subcutânea, expondo em cada caso as vantagens da escolha. Passa a falar do uso da via arterial em casos de osteomielite, por Gudín e Neiva. Da via oral e retal diz não serem usadas, a primeira pela destruição da penicilina pelo suco gástrico, e a segunda pela sua inativação pelo coli; atualmente, porém, como explica o Dr. Libby está dando a droga em óleo de algodão envolto por uma camada gelatinosa, conseguindo assim atravessar o estômago indene. Nas crianças mostrou que alguns autores louvavam a medula óssea como via de

introdução. Dos veículos para a Penicilina disse o seguinte: os usados são; água bidestilada, o soluto fisiológico e o soluto glicosado a 5%, para as vias parenteral e local.

Para emprego local, usar ainda como veículo a vaselina, a lanolina, as sulfas em pó, etc. A concentração dos solutos, unguentos e pós, dependem do critério médico e da escolha da via de introdução.

Quanto a absorção e excreção mostra o A. que a Penicilina é rapidamente absorvida e igualmente excretada. A eliminação é quais que total dentro das 3 primeiras horas e 75% do produto é excretado pela urina.

Foram encontrados traços na bile e na saliva. A pesquisa foi negativa na secreção lacrimal e suco pancreático. A absorção pelo intestino é irregular. Rosemberg meia hora após injeção venosa de 40.000 U. O de Penicilina encontrou concentração de 0,19 por cc. no liquor que Keefer e Rammekamp consideram com dose ativa. Florey compara a dificuldade de manter a concentração sanguínea com o banheiro sem tampão que se quer encher.

Passando a falar da toxidez: — demonstra claramente a ausência pode-se admitir completa de toxicidade da Penicilina, pois em alta concentração não atua sobre os leucócitos. Tece comentários sobre o assunto dizendo que ligeira cefalea, febre, mal estar e as vezes vômitos observados quando da sua ministração foi provado serem devido a impurezas, pirogênio, pigmentos, ácidos penicilâmico, etc. Alguns autores encontraram ligeiro aumento da uremia que cedia quando se suspendia o tratamento. Diz ainda que pode haver pessoas hipersensíveis à Penicilina e cita um caso de eczema da aza do nariz e do prepúcio em um dos oficiais na frente italiana de combate. Definindo a unidade Oxford instituída por Florey diz que é a quantidade mínima de Penicilina que dissolve em 50 cc. de caldo

de extrato de carne inibe o crescimento da raça padrão de estafilococo áureo (raça 209). Dá ainda a definição de Abaham, e também fala sobre a unidade clínica diária de Piccaluga, a dose média necessária para manter uma concentração no organismo ou seja 100.000 U. O.

Sobre métodos de ensaio foi dito que o melhor deles é o eletrométrico que é difícil e especializado, assim como o das diluições seriadas. Demora-se muito mais o A. falando sobre o uso terapêutico da Penicilina. Antes, porém, diz do seu emprego em laboratório, para isolar bacilos não sensíveis à ela e que seriam destruídos por outras bactérias de contaminação do meio de cultura.

Usam-se para isolar o B. do acne, o H. influenzae e o B. de Bordet e Gengout. Dá a seguir um quadro das utilidades da Penicilina.

1. Para isolar as bactérias hemofílicas que são insensíveis à Penicilina.

2. Para isolar o bacilo do acne (medianamente sensível) do estafilococo (muito sensível).

3. Para distinguir os cócos Gram negativos saprofíticos (*Neisseria flava*) que são insensíveis, dos cócos Gram negativos que são sensíveis (gonococo — meningococo — *Micrococo catarrhalis*).

4. Para demonstrar a inibição de uma espécie bacteriana por outra. O exemplo citado é o do *Vibrião colera*, que cresce abundantemente no meio de cultura onde se inocula Penicilina; nos lugares não atingidos pela Penicilina a cultura do *Vibrião* é completamente anulada pelo estreptococo.

Passando a falar sobre o uso terapêutico da Penicilina diz o A. da ação muito maior contra os cócos Gram positivos que contra os Gram negativos. Tece comentários sobre os germes que lhe são resistentes, cita a resistência natural e a adquirida. Fala sobre o tratamento local e geral e diz que na terapêutica pela Penicilina pode-se observar o seguinte:

1. Ação mais pronta, quanto mais rapidamente for injetada.

2. Resistência natural e adquirida.

3. As doses a serem usadas são variáveis e individuais.

4. De um modo geral os germes resistentes as sulfas são penicilino sensíveis.

5. Doses menores e repetidas são mais eficientes que as doses maiores e mais espaçadas.

Como germes sensíveis cita: cócos Gram positivos — pneumococo, o estafilococo, o estreptococo, etc.; dos Gram negativos o meningococo, o gonococo e o micrococo catarrhalis. Age ainda a Penicilina sobre *Treponema pálido*, sobre a *Borrelia novi*, C. Welchii, C. oedematisans, A. bovis, B. anthracis, C. diphteriae; etc.

Cita os penicillin dressings usados para tratamento local nos Estados Unidos. Entrando na casuística, diz o A. que observou já uns 500 casos tratados pela Penicilina, incluindo alguns interessantes a que passou a referir. Assim gangrena gástrica, lues, etc.

Faz especial referência a um paciente de endocardite maligna que após ter tomado 9.000.000 U. O. já está há um mês sem a menor sintomatologia clínica, além de hemoculturas inteiramente negativas.

Cita também o caso de uma paciente de 104 anos que restabeleceu-se completamente de pneumonia lobar dupla, com apenas 400.000 U. O.

Quanto a casuística estrangeira, passa em revista a lues (Mahovey-Arnold e Harris), diz do sucesso do tratamento da lues recente, e mesmo da latente e nervosa. Discorre sobre as doses, o fracionamento e o total de unidades usadas.

Entra depois nos 7 casos conhecidos de endocardite maligna curados por Loew na clínica Mayo. Fala da heparina, e dá sua opinião pessoal sobre o assunto, dizendo quando se deve usar tal medicamento adicional, e o seu perigo quando a moléstia já vai adianta-

da, podendo dar lugar a uma embolia. Fala então pormenorizada-mente sobre o tratamento da gangrena gasosa recomendando a adição do soro, da osteomielite, onde a rarefação óssea no início do tratamento não significa piora do processo; tece comentários sobre o tratamento da meningite e aqui diz da necessidade às vezes da injeção intraventricular. Sempre descendo a particulares, fala sobre as infecções oculares, do ouvido, urinárias, cancer, boubá, etc. Comenta a mudança de orientação do tra-

tamento das feridas de guerra após a Penicilina, e diz o que existe sobre o tratamento local; entra nas queimaduras, úlceras fagedêmicas, cancro de Ducrey, etc. Trata ainda de conservação da Penicilina. Faz por último um comentário sobre outras substâncias antibióticas derivadas de cogumelos e bactérias e termina dizendo que a Penicilina até agora foi a droga mais bem estudada, mais inteligentemente apreciada e sobre que mais se tem escrito com um mínimo de tempo e de material para experimentação.

## Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição

SESSÃO DE 27 DE JULHO DE 1945

Presidente: Prof. José Dutra de Oliveira

**Anatomia do cólo direito** — Prof. Renato Locchi — O conferencista, de início, criticou a denominação cólo direito, expondo os motivos de sua crítica; depois estudou os limites da região, apresentando os critérios para serem estabelecidos esses limites, dados pelos diferentes autores. Demorou-se um pouco mais no estudo das idéias e trabalhos de Vogt que justifica embriologicamente o limite distal do cólo direito. Na última parte de sua conferência teceu considerações sobre as artérias dessa porção do cólo, insistindo no conceito de artérias terminais, e indicando a importância prática desses conhecimentos. A conferência do ilustre catedrático foi muito apreciada pelo seletó auditório que compareceu ao anfiteatro da Sociedade de Medicina e Cirurgia.

**Cirurgia do cólo direito** — Prof. Eurico da Silva Bastos. — O conferencista inicialmente fez uma relação das principais afecções cirúrgicas do cólo direito, declarando

que era impossível em apenas uma palestra abordar todos esses assuntos complexos; portanto iria apenas considerar o tema dos tumores do cólo direito em especial o carcinoma, mais importante pela sua frequência e pela gravidade do seu quadro clínico. Os tumores do cólo direito são menos frequentes que os do reto e do lado esquerdo do cólo como foi bem demonstrado pela estatística do conferencista; os números dessa estatística pessoal estão bem de acordo, diga-se de passagem com os dados fornecidos pelos autores norte-americanos. O orador estudou em seguida a sintomatologia do cancer das diferentes partes do cólo; depois referiu-se ao quadro clínico dessas afecções, e terminou com a cirurgia das mesmas, única medida capaz de salvar a vida desses pacientes. Ressaltou que para se obter um bom resultado cirúrgico é necessário antes de tudo o diagnóstico precoce, numa fase em que o tumor ainda é ressecável.

# Jalepat -

Extrato de fígado,  
ferro e Vitaminas  
POR VIA ORAL

## Outras Sociedades

**Associação Paulista de Medicina,** sessão de 19 de julho, ordem do dia: A insuficiência cardíaca na glomerulo nefrite aguda difusa — Drs. Reynaldo Marcondes, Silvio Bailone, Fernando Gaioto; Etiologia do colapso circulatório irreversível. O colapso circulatório nas infecções — Dr. Emilio Matar; Sobrevivência após enfarto do miocárdio — Prof. Jairo Ramos, Drs. Frederico Soares de Camargo, Silvio Borges.

**Associação Paulista de Medicina,** sessão de 17 de agosto, ordem do dia: Otites médias e suas complicações — Dr. Rafael da Nova.

**Centro de Estudos Franco da Rocha,** sessão de 27 de julho, ordem do dia: Interessante caso de síndrome-frontal-orbitário — Drs. Anibal Silveira e Mário Robortella; Infantilismo geral de origem ovariana — Dr. José P. G. d'Alambert.

**Centro de Estudos de Oftalmologia,** sessão de 24 de julho, ordem do dia: Alterações oculares por protozoários — Prof. Moacir E. Alvaro; Alterações oculares pelo elmintos — Dr. J. Mendonça de Barros; Alterações oculares por Insetos — Dr. Francisco Amendola.

**Centro de Estudos de Oftalmologia,** sessão de 31 de julho, ordem do dia: Apresentação do Relatório "Perturbações oculares por Helminthos" — Dr. J. Mendonça de Barros; Discussão do Relatório do Prof. Moacir E. Alvaro, sobre "Perturbações oculares por protozoários" — Drs. Peri Alves Campos e J. Mendonça de Barros; Discussão do relatório do dr. Francisco Amendola sobre "Perturbações oculares por Insetos" — Drs. A. Sousa Grota e Manuel A. da Silva.

**Centro de Estudos do Serviço Médico do D. S. P.,** sessão de 4 de agosto, ordem do dia: Hipertensão neuro-endocrina; etio-patogenia clínico-experimental — Dr. Luis Miler de Paiva.

**Hospital do Juqueri,** sessão de 22 de julho, ordem do dia — Interessante caso de ataxia — Afonso Sete Junior; Psicose mista — Dr. Edmundo Maia; Alcoolismo crônico — Dr. Felipe de Siqueira; Oligofrenia anemia — Dr. José d'Alambert; Hemorragia sub-dural traumática — Dr. J. M. Cabral de Vasconcellos.

**Hospital do Juqueri,** sessão de 28 de julho, ordem do dia — Gligofrenia — Colite amebiana — Dra. Ursulina Penteado Bueno; Epilepsia — Dr. Paulo Simioni; Estado demencial. Broncopneumonia — Dr. Lorival Roseli; Encefalopatia crônica infantil — Dr. Jorge Cozolino.

**Hospital do Juqueri,** sessão de 4 de agosto, ordem do dia: Lepra nervosa — Dr. Mário Robortella; Esquizofrenia paranoide — Dr. Felipe de Siqueira; Aortite reumatisal, Carcinoma do utero. Psicose maniaco depressiva. Psicose por lesão cerebral. Demência senil — Drs. Ciriaco Amaral Filho, Brandino Genovesi, Lorival Roselli e José d'Alambert.

**Hospital do Juqueri,** sessão de 19 de agosto, ordem do dia: Personalidade psicopática — Dr. E. Maia; Interessante caso de ataxia — Dr. A. Sete Junior; Parafrenia. Broncopneumonia. Amolecimento silviano total. Oligofrenia. Colapso pulmonar. Psicose infecciosa. Dr. Valter E. Maffei.

**Sociedade de Biologia,** sessão de 20 de julho, ordem do dia: Biomicroscopia cardíaca — Dr. Clemente Estable.

**Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia,** sessão de 29 de julho, ordem do dia: Discondroplasia de Ollier — Prof. Domingos Define; Osteotomia supracondiliana na recuperação funcional do joelho fletido paralítico — Rui de Sousa Ramos; Cirurgia das partes moles na correção do pé torto — Domingos Quirino — Ferreira Neto.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia**, sessão de 14 de agosto, ordem do dia: Encerramento da inscrição aos prêmios "Oscar Freire" de medicina legal e de criminologia e "Alcântara Machado", de direito penal; Alguns casos interessantes de acidentes de trabalho — Prof. Flaminio Fávero.

**Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa**, sessão de 26 de julho, ordem do dia: O lá-

bio Leporino — Dr. Antônio Duarte Cardoso.

**Sociedade de Oftalmologia**, sessão de 14 de agosto, ordem do dia: A organização do II Congresso Pan-Americano de Oftalmologia (26 de novembro a 1.º de dezembro de 1945) — Dr. Luis Alberto Barrieri; Estudos sobre as gonio-sinequias — Prof. A. Busacca; Síndrome de Marcus-Gunn e hemiplegia — Dr. Aureliano Fonseca.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo**, IX, 1 março de 1945 — Tinea Cristae Galli — Dr. A. Martins de Castro; Índice geral dos Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo.

**Boletim de Higiene Mental**, I, 12, agosto de 1945 — Um ano de atividade; A Higiene Mental nos tempos atuais — Prof. A. C. Pacheco e Silva; Os dentes e a Higiene Mental — João Augusto Fleury Varella; Asilo Santa Ana — Serviço do dr. Toulouse.

**D. C. C.**, III, 1, 2, janeiro a abril de 1945 — Conceito de "Moléstia de Hodgkin" — Drs. Armando I. Zagordo e Renato Araujo Cintra; Musculus Omentalis — Ddo. Nylceo Marques de Castro.

**Gazeta Clínica**, XI, III, 1 a 4, fevereiro-abril de 1945 — Ozena no escolar — Dr. Ernesto Moreira; Importância da alimentação para o indivíduo e para a coletividade — Parte II — Alimentos — Dr. F. Pompêo do Amaral; Influência do soro anti-reticular sobre a barreira hemo-encefálica — Profs. R. E. Lavetzi e M. N. Pasternaque; A Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo — Primórdios de sua

fundação — seu cinquentenário — Dr. José Ayres Netto; Academia Nacional de Medicina — Posse do Dr. Humberto Cerrutti.

**Maternidade e Infância**, 1, 2, agosto de 1945 — Educadora Sanitária — Dr. João Amorim; Nó do cordão umbilical — Dr. João Amorim, Dr. Osvaldo Lacrete e Ddo. Luciano Endrizzi; Tipos de Cardiopatias que incidem em serviços obstétricos — Dr. Bernardino Tranchesi e Ddo. João Tranchesi; Algumas considerações sobre a indução médica do parto — Dr. Arthur de Almeida; Intradermoreação com o colostro no diagnóstico da gravidez — Drs. João Amorim e Osvaldo Lacrete; Profilaxia ocular do recém-nascido — Maria Conceição de Carvalho; Síndrome de Loeffler no puerpério — Drs. Bernardino Tranchesi e Carlos Comenale Junior; Campanha da redenção da criança em São Paulo — Relatório; Do exame médico pré-nupcial — Branca Salles.

**Notas Médicas**, I, 1, julho a setembro de 1945 — Tratamento da sífilis em doentes mentais — Dr. Osmani Emboaba; O Termodinamismo Social Brasileiro e a Estância Hidro-Mineral do Cipó — Dr. Orozimbo Corrêa Netto; O leite

(Sua importância alimentar. Condições para sua produção, industrialização e comércio do ponto de vista brasileiro) — Prof. Dr. Genésio Pacheco; Fisiologia do treinamento — Dr. J. de Queiroz; Ainda o calcio — Dr. Francisco Pesce.

**Revista Brasileira de Leprologia**  
Áreas de pele injetadas com lepromina e protegidas contra leprides tuberculoide reacionais — A. Rotberg; Lepra e Sífilis — Nelson de Souza Campos; Terapêutica experimental da lepra pela solutiazamida — Lauro de Souza Lima e Gil Castro Cerqueira; Pênfigo Bolho esfoliativo e lepra — José Mariano; Um mundo no mundo — Tradução — Pery Burgess.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, V, 1 e 2, janeiro-fevereiro de 1945 — O II Congresso Médico Paulista (Em comemoração do cinquentenário da fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo) — Prof. A. de Almeida Prado; Evocações e Reminiscências (A' propósito do cinquentenário da Sociedade de Medicina de São Paulo) — Dr. Ulisses Paranhos; A Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e a vida médica — Dr. Edgard Braga; O segundo Congresso Médico Paulista — Declarações do Prof. Carlos Gama à reportagem da "Folha da Manhã"; Contribuição nacional ao estudo dos tumores especiais do ovários — Dra. Carmem Escobar Pires e A. Wolff Netto; Contribuição ao estudo dos fatores lipotrópicos (Problema da cirrose hepática) Dr. José Dutra de Oliveira; Sobre um caso de tumor hipernefróide do ovário — Dra. Carmem Escobar Pires, Prof. Altino Antunes e Dr. C. Ribeiro Macedo; Aspectos clínicos e epidemiológicos da boubá no Brasil — Prof. Olinto Orsini; Epilepsia reflexa experimental — Prof. Dr. Mário Luis de Finis.

**Resenha Clínico-Científica**, XIV, 8, agosto de 1945 — Aspectos fisiológicos e clínicos da acidose; — Samuel Soskin e R. Levine; Um caso fatal de Stokes-Adams infan-

til e outro benigno de bloqueio total — Fernandes Viana; Alterações hepáticas, renais e cutâneas em relação a fatores desintoxicantes, lipotrópicos e lipocáicos — II parte — Carlo Foá; Carta aberta ao prof. Rocha Vaz — Carlos Foá; Decálogo do Tratamento da Sífilis — Ivolino de Vasconcellos; Sinusites Paranasais.

**Sanitas**, I, 2, abril de 1945, Fiscalização de agentes terapêuticos — Dr. Genésio Pacheco e Ariosto Büller Souto; DDT. Dr. R. Souza Pacheco; Generalidades Endocrinológicas — Dr. O. Carneiro Giffoni; História da Medicina (José Corrêa Picanço) — Dr. O. Carneiro Giffoni.

**São Paulo Médico**, I, XVIII, 5, maio de 1945 — Relatório do II ano de estudos sobre nutrição realizados sob os auspícios dos "Fundos Universitários de Pesquisas" — Prof. F. A. de Moura Campos.

## UM APARELHO PARA PRESSÃO ARTERIAL



**ASCLEPIO MIRA LTDA.**  
RUA SÃO BENTO 200-2º AND



## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Hospital da Cruz Azul

**Deixou a direção daquela casa de saúde o Sr. Godofredo Wilken**

— Deixou no dia 7 de agosto, o cargo de diretor clínico do Hospital da Cruz Azul de S. Paulo, o Sr. Godofredo Wilken, que durante dez anos exerceu aquelas funções, com assinalados serviços prestados à entidade, onde sempre figurou como um dos mais eficientes colaboradores, sendo por isso mesmo

considerado um benfeitor da instituição.

O Sr. Godofredo Wilken passou as funções do seu cargo ao Capitão-médico Henrique Arouche de Toledo, chefe da Clínica Cirúrgica do Hospital Militar da Força Policial do Estado, que também tem prestado relevantes serviços.

Ao ato da passagem do cargo estiveram presentes altas autoridades civis e militares.

### Universidade de São Paulo

**Novo catedrático de clínica ginecológica** — Realizou-se no dia 19 de julho, como foi anunciado, a cerimônia da posse do Sr. Prof. Dr. José Bonifácio Medina na cátedra de Clínica Ginecológica que conquistou em recente concurso.

As onze horas, presentes na Sala da Congregação o Sr. Prof. Dr. Benedito Montenegro, Diretor, grande numero de professores, assistentes, médicos, alunos e pessoas gradadas, o Presidente designou os Srs. Profs. Drs. Raul Briquet e Antonio Carlos Pacheco e Silva para introduzirem o recipiendário no recinto.

O Dr. D. Goulart de Faria, secretário da Faculdade, procedeu à leitura do decreto de nomeação seguindo-se a prestação do compromisso pelo novo professor. Logo após o Sr. Prof. Dr. Benedito Montenegro colocou sobre os ombros e cabeça do Professor Medina o capelo e a borla, insignias de professor.

Em nome da Congregação fez o discurso de saudação o Sr. Prof. Dr. Aderbal Tolosa, falando depois o Sr. Prof. Dr. José Bonifácio Medina.

### Conselho Nacional de Oftalmologia

**Aclamação da nova Diretoria do Conselho Regional de São Paulo**

— Em assembléa geral realizada no dia 14 de agosto, na sede da Associação Paulista de Medicina, presidida pelo Dr. W. Belfort Matos, foi escolhida por aclamação, a nova Diretoria da Comissão Regional de São Paulo do Conselho Nacional de Oftalmologia, que ficou assim organizada:

Presidente, Dr. Sílvio de Almeida Toledo; Secretário Geral, Dr. Jacques Tupinambá; e Tesoureiro, Dr. Aureliano Fonseca.

Foram eleitos do Conselho de Oftalmologia, os srs. — Prof. João Paulo da Cruz Brito, Prof. Moacir E. Alvaro, Prof. Ciro de Rezende, e Drs. Pereira Gomes, J. Penido Burnier, Jacques Tupinambá, W. Belfort Matos, A. Sousa Martins,

Aureliano Fonseca, Danton Malta, Sílvio de Almeida Toledo, B. Paula Santos, Francisco Amendola, Valdemar Niemeyer, Manoel da Silva, Armando Gallo e Renato Toledo, além de médicos de outros Estados brasileiros.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia é uma organização semelhante ao "American Board of Ophthalmology", fundado nos Estados Unidos há 28 anos e cujos resultados têm sido excelentes para a constante elevação do nível moral e intelectual da especialidade, naquele país.

No Brasil, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, fundado em 1941,

vem desenvolvendo interessante e útil trabalho, tendo já fornecido certificados a mais da metade dos oculistas do país.

As finalidades imediatas do Conselho, são: estabelecer "standards" desejáveis à prática da oculística em cooperação com Hospitais, Faculdades de Medicina e Serviços Oficiais de Olhos, organizando os exames necessários à verificação dos conhecimentos e capacidades dos que desejarem exercer a oftalmologia nos vários Estados, ou ingressar nos citados serviços. Como finalidade mediata, o Conselho visa trabalhar pela elevação do nível moral e intelectual da oftalmologia em nosso país.

## Necrologia

**Dr. Francisco Figueira de Melo** — No Sanatório "Santa Catarina", nesta capital, faleceu a 1.º de setembro, às 16 horas, confortado pelos santos sacramentos, o Sr. Dr. Francisco Figueira de Melo diretor do Serviço de Saúde Escolar, do Departamento de Educação e figura de relevo na sociedade paulistana.

O extinto, que contava 57 anos de idade, nasceu na cidade Redenção, Estado do Ceará. Antigo servidor do Estado, ao qual se consagrou com a maior dedicação e inteligência, ocupou, entre outros cargos, os de inspetor sanitário e delegado de saúde de Botucatu, nesse Estado, chefe de Seção de Educação Sanitária e Higiene Escolar e, finalmente, de diretor do Serviço de Saúde Escolar, do Departamento de Educação, no de-

sempenho de cujas atividades faleceu.

Ex-presidente da Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, ex-socio titular da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, colaborou em vários Congressos Nacionais sobre saúde e higiene escolar; foi organizador do 1.º Congresso Nacional de Saúde Escolar e publicou vários trabalhos científicos conhecidos no país e no estrangeiro. Foi sob sua orientação que progrediram os diversos setores da assistência aos escolares.

O Dr. Francisco Figueira de Melo, figura muito relacionada nos meios científicos e sociais desta capital e do país, de há muito se impusera à sociedade pelos seus méritos, grangeando estima e simpatias gerais.

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

## LITERATURA MÉDICA

## Livros recebidos

**Historia de la tuberculosis** — J. e A. Oriola Anguera. Salvat Editores, Barcelona, 1944.

O título do livro pode indicar uma coisa, mas, "na realidade — diz Gregório Maraño no prefácio — é um esquema da História do Progresso Humano... vestindo de idéias gerais o argumento concreto da evolução de uma determinada enfermidade através dos séculos". Os A. A., um clínico experiente em Tisiologia e um filósofo da Biologia, irmãos e irmã-nados na confecção da obra, dizem mesmo que não pretenderam escrever uma história da Tuberculose — assunto demasiadamente restrito — nem uma história da Civilização — assunto demasiadamente amplo. Pensaram nos títulos de "Fisiologia coletiva" e "Ensaio de historiologia", pois que a tuberculose apenas lhes serve de apoio, como um cajado, para o desenvolvimento das idéias. E não pretenderam descrever o cajado, mas a paisagem que este lhes permitiu descortinar, através do tempo gasto na caminhada pelo passado a dentro. Por aí se vê como é suave e cheia de ensinamentos a leitura deste livro. O volume tem cerca de 250 páginas, com 32 gravuras.

**Nomenclatura padrão das doenças e operações** — E. P. Jordan, 2.<sup>a</sup> edição brasileira, traduzida da 3.<sup>a</sup> americana, Casa do Livro Ltda. Rua São José, 61, Rio, 1945.

Eis aqui um livro de grande utilidade para hospitais, sociedades médicas, organizações de assistência médica e profissionais da Medicina que desejam sempre estar ao par da maneira correta de nomear as moléstias dos seus pacientes e as operações que realizam. Quando saiu a primeira edição americana já tivemos a ocasião de realçar o valor da iniciativa, que teve

a colaboração das principais organizações médicas dos Estados Unidos e um trabalho exaustivo de cinco anos de duração. Com o aparecimento das novas edições, muitas correções e omissões foram levadas em consideração, de sorte que a presente tiragem está perfeitamente atualizada, tanto mais que contem a parte posteriormente incluída da nomenclatura das operações. Da grande utilidade deste livros fala bem claro o fato de ter merecido uma segunda edição em português. A distribuição desta tiragem está sendo feita pela Editorial Labor do Brasil. O volume contem 1.022 páginas.

**Estudio clínico y terapeutico de la hipertensión arterial, de sus accidentes y complicaciones** — Agustín del Cañizo y García, 2.<sup>a</sup> edição, Salvat Editores, Barcelona, 1944.

A imprensa médica mundial vem agitando com muita insistência os assuntos referentes à hipertensão arterial, pois novos campos de experimentação terapêutica e de cogitação etiológica têm sido abertos, dando oportunidade a que idéias e controversias sejam agitadas com frequência. Já por isso, já por se tratar de um manual que aponta e discute as mais modernas aquisições no terreno da hipertensão arterial, a presente monografia teve que ser reimpressa no curto intervalo de 2 anos, dando prova da grande procura que despertou a edição de 1942. Apesar do curto prazo entre as duas tiragens, o A. teve que aumentar alguns capítulos, incluindo matéria nova. O volume que tem 156 páginas, é um estudo de conjunto da hipertensão arterial em todas as suas formas e modalidades. Faz parte da série de Manuais de Medicina Prática, que a Salvat vem lançando com merecido sucesso.

**Manual Prático de Obstetria y Ginecologia** — O. Jürgens, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1945.

A conhecida casa editora argentina El Ateneo acaba de lançar o primeiro fascículo de uma obra destinada a despertar grande interesse não só entre os especialistas mas também entre todos os que exercem a cirurgia, principalmente si fóra dos grandes centros. Trata-se de um verdadeiro tratado de cirurgia obstétrica e ginecológica escrito pelo prof. Jürgens, atualmente adjunto à cátedra de Obstetria da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires e na direção dos serviços de partos e moléstias de senhoras do Hospital Alemão da capital portenha. O primeiro fascículo da bem idéia do valor que vai ter a obra. Refere-se à anestesia local nas intervenções por via vaginal e contém pouco mais de 60 páginas com excelentes gravu-

ras demonstrativas — esquemas em negro e a cores desenhos ilustrativos e fotografias de aparelhos e tempos de anestesia em vivo. A feitura material é de primeira ordem.

**Vida y Obras de José Mariano Macedo** — Sanmarti y Cia., Lima, 1945.

A Sociedade Peruana de História da Medicina publicou em separata dos seus Anais a parte referente à vida e à obra de José Mariano Macedo, figura de grande destaque no passado da Medicina daquele país. A divulgação da vida de quem foi tão útil à sua Pátria e à Medicina é um grande serviço que presta aquela Sociedade, pois apresenta aos cidadãos e aos médicos de hoje um exemplo que servirá de base para muita iniciativa útil e atividade profissional aproveitável. O volume contém 130 páginas com algumas ilustrações.

## HEXAMYO - iodo em gotas

### CLINICA ROENTGEN

#### RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

✦ Dr. Raphael de Lima Filho  
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 • Fone 2-5831 ★ São Paulo

## LITIASE DO APENDICE

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

*Um volume com ilustrações*

*Pedidos ao Autor — Caixa 1574 — S. Paulo*

**Preço: Cr\$ 10,00**

—  
as  
is-  
os  
A  
or-

no  
na,

ó-  
a-  
e-  
a-  
de  
ci-  
da  
ua  
de  
e-  
os  
m-  
ni-  
o-  
ne  
as

0  
S